CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGJI KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA i ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. 6 SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

TECHNIKA OPERACYJNA

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

ROK I. Nr. 3

15.XII.1936.

„CHIRURG POLSKI"

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgji. Koszty sporządzania klisz ponosi wydawnictwo, autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek pracy. Prace, nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów i t. d., powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku .

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień lecznictwa chirurgicznego i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5 — 8 str. druku. Prace są grupowane w 3 działach głównych:

1. Prace oryginalne, referaty i streszczenia zbiorowe,
2. Technika operacyjna,
3. Oceny i streszczenia.

Prócz tego pismo zawiera następujące stałe rubryki:

1. Sprawozdania z posiedzeń i Zjazdów,
2. Rubryka wiadomości, obchodzących ogół chirurgów (uniwersytety, szpitale, mianowania, stypendja, konkursy i t. p.),
3. Skrzynka zapytań i odpowiedzi; nadchodzące zapytania, redakcja rozsyła członkom Komitetu redakcyjnego z prośbą o udzielenie odpowiedzi. Zapytania i odpowiedzi są ogłaszane bez podawania nazwiska pytającego.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek, polską bibljografję chirurgiczną — spis wszystkich prac z dziedziny chirurgji, jakie się ukazały w polskiem piśmiennictwie lekarskiem; streszczeń prac autorów polskich pismo nie podaje, jedynie oceny, względnie notatki dyskusyjne.

CHIRURG POLSKI

ROK I. WARSZAWA 15 GRUDNIA 1936 R. NR. 3

Z Miejskiego Zakładu Położniczego Im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie.
Dyrektor *Dr. W. Janczewski.*
Oddz. noworodków *Dr. St. Łyskawiński.*

i

z Warszawskiego Szpitala dla Dzieci.
Dyrektor *Doc. Dr. R. Stankiewicz.*
Ordynator oddz. chir. *Doc. Dr. J. Zaorski.*

Z dziedziny urazów głowy u noworodków.

podał

Dr. Jan Kossakowski.

Najczęstszą przyczyną uszkodzeń głowy u noworodków jest uraz porodowy, jak również różne rękoczyny, wykonywane podczas porodu. Jeżeli w czasie porodu istnieje jakaś przeszkoda (małe wymiary miednicy), łatwo dojść może do przesunięć kości czaszki, wgnieceń, złamań i do wszelkich wynikających z tego powikłań i następstw. Uszkodzenia zależne są nietylko od natężenia siły obrażającej, lecz również od czasu jej trwania oraz wielkości powierzchni, na którą działa ucisk. Czaszka noworodka, dzięki elastyczności może wytrzymać stosunkowo duży ucisk, jednak czas jego trwania nie jest bynajmniej obojętny dla dziecka. Należy pamiętać przytem, że tkanki noworodków są nadzwyczaj wrażliwe na niedokrwienie i szybko ulegają martwicy.

W przypadkach miednicy ogólnie zwężonej, ucisk działa mniejwięcej równomiernie na całą powierzchnię główki, w tych razach może dojść do nasunięcia kości czaszki noworodka. Odwrotnie, gdy ucisk jest ograniczony do niewielkiej powierzchni (wzgórek k. krzyżowej, kleszcze), powstają raczej wgniecenia zwykłe lub otwarte. Uraz porodowy może wywołać zmiany trojakiego rodzaju: *(Lhermitte).*

1) Wylewy zewnętrzne, przesunięcia, wgniecenia, złamania kości czaszki i uszkodzenia części miękkich.

2) Wylewy wewnątrzczaszkowe spowodowane skaleczeniem naczyń przez ostry odłamek kości lub gwałtownem wzmożeniem ciśnienia w jamie czaszkowej.

3) Nagłe przemieszczenie płynu mózgowo-rdzeniowego z komór do przestrzeni podpajęczej z uszkodzeniem drobnych beleczek i przegródek.

O częstości obrażeń głowy u noworodków świadczą liczby podane przez niektórych autorów. *Rolland* na 100 dzieci zmarłych wkrótce po urodzeniu u 25 stwierdził wylewy krwawe do mózgu.

Cruickshank na 800 dzieci zmarłych w pierwszych dwóch tygodniach życia znalazł u 161 wylewy wewnątrzczaszkowe. *Sunde* na 200 sekcyj noworodków stwier-

dził: 94 razy rozdarcie namiotu móżdżkowego; 6 — rozdarcie sierpu mózgu; 3 — rozdarcie zatok żylnych; 7 — wylewy krwawe ze złamaniem kości czaszki; 12 — wylewy krwawe do komór bocznych; 9 — wylewy do istoty mózgowej; 12 — wylewy krwawe w okolicy półkul. Z tych dzieci 122 było urodzonych przed czasem. Siłami natury urodziło się 105, a 95 zapomocą zabiegu operacyjnego.

Ciekawe są spostrzeżenia *Schlossmana* o zależności pomiędzy wagą noworodka, a śmiertelnością w urazach głowy w pierwszych dniach życia. Autor ten, opierając się na obfitym materjale, zauważył, że największa śmiertelność przy urazach głowy przypada na noworodki o bardzo małej oraz o bardzo dużej wadze. *Schlossman* tłumaczy to zjawisko tem, że dzieci o małej wadze posiadają najprawdopodobniej słabsze ściany naczyń i stąd większą skłonność do krwawień. Dzieci zaś o dużej wadze posiadają zazwyczaj duże wymiary główki, która oczywiście łatwiej ulega obrażeniom niż mała. Tabelkę podaną przez autora zamieszczam poniżej.

Śmiertelność w urazach głowy w zależności od wagi noworodka				
Waga	Poniżej 2000 gr.	2000 — 2500 gr.	2500 — 3000 gr.	Powyżej 3500 gr.
Śmiertelność	+ + +	+	—	+ +

Przytoczone poprzednio liczby *Sundego* potwierdzają również to spostrzeżenie (na 200 dzieci 122 było urodzonych przed czasem, a więc waga ich musiała być mała). Oczywiście należy pamiętać, że śmiertelność wśród wcześniaków, jako mniej opornych, jest wogóle większa niż u dzieci urodzonych na czas.

Wylewy podokostnowe (zewnętrzne) i uszkodzenia części miękkich głowy.

Najczęstszą zmianą spotykaną w obrażeniach głowy u noworodka są zewnętrzne wylewy krwawe podokostnowe (kephalhaematoma).

Umiejscowiają się one pomiędzy płaskiemi kośćmi czaszki a okostną zewnętrzną, cechują się ostro odgraniczonemi brzegami i tem, że nie przekraczają nigdy linji szwu. Najczęściej spotyka się wylewy pojedyńcze, rzadziej w dwuch miejscach, nieraz symetryczne; do rzadkości należą krwiaki występujące w wielu miejscach jednocześnie.

Spostrzegałem u noworodka przypadek symetrycznego wylewu, który nie uległ wessaniu pomimo stosowanego przez 5 tygodni ucisku (rys. 1). Dopiero dwukrotne nakłucie i opróżnienie zawartości (płynna krew) doprowadziło do zupełnego wyleczenia.



Rys. 1.

Miałem również sposobność widzieć u dziecka w parę godzin po urodzeniu niewielki wylew podokostnowy w okolicy ciemieniowej prawej. Pomimo ucisku krwiak powiększał się nadzwyczaj szybko, jednocześnie zaś dziecko zbladło, tętno uległo przyśpieszeniu i rozwinął się obraz ostrej niedokrwistości. Zastosowano wstrzyknięcie 10 cm^3 koagulenu oraz glukalcyny domięśniowo. Po paru godzinach stwierdzono, że wylew się już nie powiększa, stan ogólny również uległ znacznej poprawie. Po tygodniu krwiak wessał się całkowicie. W danym przypadku poza uszkodzeniem większego naczynia mieliśmy do czynienia u dziecka prawdopodobnie z obniżeniem krzepliwości krwi.

Postępowanie w stosunku do wylewów krwawych zewnętrznych, według ogólnie dziś przyjętych zasad, powinno być jaknajbardziej zachowawcze. Dawne metody, polegające na wczesnem nakłuwaniu a nawet nacinaniu krwiaka, są już całkowicie zarzucone. Nakłucie należy wykonać dopiero wtedy, gdy po paru tygodniach wylew nie ulegnie wessaniu pod wpływem ucisku. Opróżnianie krwiaków u noworodka, poza niebezpieczeństwem zakażenia i możliwością wtórnego krwawienia, może być jeszcze groźne ze względu na utratę znacznej nieraz ilości wynaczynionej krwi. W tych razach nie należy zwlekać z jednoczesnem przetoczeniem krwi obcej.

Uszkodzenie powłok czaszki u noworodka należy uważać za bardzo ciężkie powikłanie, zwłaszcza o ile zachodzi ewentualność obnażenia kości. Spostrzegałem pięciokrotnie niewielkie odleżynki w okolicy potylicznej i ciemieniowej w związku z porodem kleszczowym. U wszystkich tych dzieci po paru dniach nastąpiła w ściśle ograniczonem miejscu martwica skóry i tkanki podskórnej, a wkrótce doszło do obnażenia kości. W dalszym przebiegu stwierdzono wkrótce martwicę zewnętrznej blaszki kostnej, poczem doszło do oddzielania drobnych martwaków. Dwoje z tych dzieci po paru tygodniach zmarło wśród objawów zakażenia ogólnego. Pozostałe przypadki miały przebieg bardzo ciężki, gojenie się ran odbywało się bardzo wolno i opornie, a wszelkie zabiegi mające na celu ożywienie bladej, atonicznej rany okazywały się mało skuteczne. W przychodni szpitala leczono również kilkanaście dzieci, u których stwierdzono obnażenie kości czaszkowych także z powodu innych przyczyn (u b. małych dzieci — zropiałe krwiaki, głębokie zadrapania, czyraki). Pięcioro z tych dzieci zmarło, u pozostałych przebieg był również ciężki i długotrwały.

Wgniecenia i złamania kości czaszki.

Wgniecenia kości czaszki u noworodków, t. zw. przez autorów francuskich „enfoncements craniens en balle de celluloid", spotyka się najczęściej na kościach ciemieniowych, rzadziej w obrębie kości czołowych, najrzadziej zaś na kości skroniowej. Większość autorów uważa, że wgniecenia te są spowodowane przedewszystkiem przez występy kostne (wzgórek k. krzyżowej, spojenie k. łonowych), znacznie rzadziej zaś przez narzędzia (kleszcze). Wgniecenia posiadają rozmaitą wielkość i postać, przeważa jednak kształt łyżkowaty. Widuje się również wgłębienia rynienkowate i lejkowate. Wgnieceniom rzadko towarzyszy uszkodzenie opon, naczyń i mózgu, dlatego też zmiany te, o ile nie są zbyt rozległe, nie przedstawiają większego niebezpieczeństwa[1]). Inaczej przedstawia się sprawa w przypadkach z jednoczesnem złamaniem kości i wynikającemi z tego powikłaniami. Nieraz się zdarza, że blaszka wewnętrzna kości (tabula interna), łamiąc się tworzy ostre odłamy, które mogą uszkodzić oponę, naczynia i tkankę mózgową. Bardzo rozległe złamania i zmiażdżenia kości, jak również oderwania i przemieszczenia (np. kości potylicznej w okolicy rdzenia przedłużonego) mogą wywołać natychmiastową śmierć. Krew wydobywająca się z uszkodzonych naczyń może się zbierać w różnych miejscach, tworząc wylewy wewnątrzczaszkowe. Podaję ogólną charakterystykę krwiaków wewnątrzczaszkowych według *Reussa:*

1. K r w i a k i n a d o p o n o w e pomiędzy kośćmi czaszki a oponą twardą. Są one rzadkie spowodu zrośnięcia opony twardej z kością u noworodka.

---

[1]) Küstner spostrzegał krwotok z a. mening. media w przyp. lejkowatego wgniecenia kości skroniowej.

2. K r w i a k i p o d o p o n o w e — pomiędzy oponą twardą a pajęczą; krwiaki te bywają nieraz bardzo rozległe.

3. K r w i a k i o p o n y n a c z y n i o w e j, które zdarzają się najczęściej u dzieci z kruchemi naczyniami.

4. K r w i a k i ś r ó d k o m o r o w e — powstają wskutek uszkodzeń splotu naczyniowego lub z wylewów śródmózgowych, przenikających do komór. Wylewy te są naogół rzadkie i występują przeważnie w komorach bocznych. Opisywano również wylewy do komory III i IV, a nawet krwawienia, przesączające się przez otwór Magendiego na powierzchnię mózgu. Wylewy śródkomorowe mogą wywołać skłonność do występowania wodogłowia.

5. K r w i a k i ś r ó d m ó z g o w e mogą powstawać w każdem miejscu mózgowia, bywają różnej wielkości i kształtu. *Szwarc* w związku z wylewami do tkanki mózgowej spostrzegał na sekcji zmiany wsteczne doprowadzające do stwardnień i jamistości tkanki mózgowej, innym zaś razem torbiele.

Wymienione uszkodzenia mogą powodować różnorodne obrazy kliniczne, zależnie od miejsca i rodzaju zmian, o czem niesposób tu szerzej się rozwodzić. Nadmienię tylko, że krótkotrwały, lecz silny ucisk na główkę dziecka może wywołać obraz podobny do wstrząśnienia mózgu. W przypadkach wgnieceń, złamań i wylewów wewnątrzczaszkowych, spostrzegamy zazwyczaj w pierwszym rzędzie zespół objawów uciskowych.

Postępowanie w przypadkach wgnieceń i złamań czaszki u noworodków nie jest jeszcze zupełnie ujednostajnione. Wielu położników i chirurgów *(Gohrbandt, Karger, Bergmann)* stoi na stanowisku, że w przypadkach wgnieceń lub złamań należy się wstrzymać od wszelkich zabiegów, o ile zmianom tym nie towarzyszą objawy mózgowe. Zwolennicy takiego postępowania podkreślają, że większość wgnieceń ulega z wiekiem samoistnie wyrównaniu. Inni, ze szkołą *Ombrédanne'a* na czele, uważają odwrotnie, że każde, nawet drobne wgniecenie, winno być niezwłocznie operowane, tembardziej że znana jest duża skłonność komórek centralnego układu nerwowego do szybkiego zaniku pod wpływem ucisku. Zdaje się, że takie stanowisko jest słuszniejsze, zwłaszcza jeżeli wziąć pod uwagę, że zabieg w tych razach bynajmniej nie jest ciężki ani połączony z większem niebezpieczeństwem dla chorego dziecka.

Istnieje szereg metod operacyjnych w złamaniach i wgnieceniach czaszki, omówię je w streszczeniu.

Z metod bezkrwawych znany jest sposób *Kerra,* polegający na wywarciu ucisku bocznego oburącz w miejscu przeciwległem do wgniecenia. *Hoffman* stosował powolny ucisk i ruchy masujące u brzegów wgniecenia. *Stendel i Koeberlé* uzyskiwali dobre wyniki wyprostowując wgniecenie zapomocą bańki. *Boissard* bez trepanacji unosi i wyprostowuje kość zapomocą zgłębnika wprowadzonego przez szew do przestrzeni nadoponowej. Jednakże większość chirurgów stosuje obecnie trepanację *(Nicoll, Newton, Ombrédanne, Fèvre* i wielu innych). Z metod pośrednich wymienię: *Tapreta, Vicarzelliego, Soliego, Bauma,* którzy poprzez niewielki otworek w skórze podnoszą kość, wkręcając w nią przyrząd podobny do korkociągu. W ten sposób unikają właściwej trepanacji.

Aczkolwiek zapomocą każdego z wyżej wymienionych sposobów można niejednokrotnie uzyskać wynik pożądany, wydaje mi się, że najpewniejszą i najbardziej, że się tak wyrażę, chirurgiczną metodą jest trepanacja. Wszelkie inne manipulacje wykonywane częstokroć brutalnie i naślepo mogą łatwo minąć się z celem, lub,

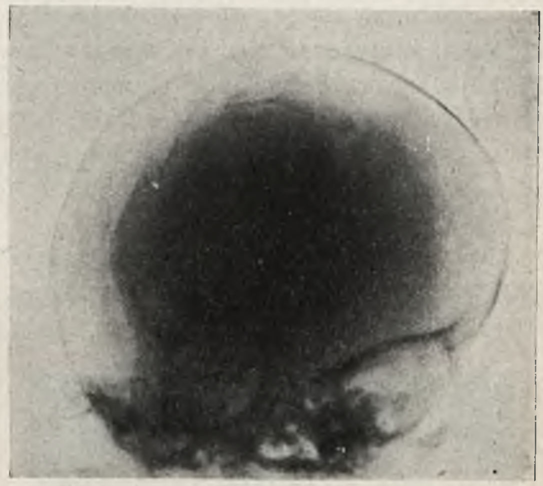
co gorsza, wyrządzić nieobliczalne szkody.

Osobiście dwukrotnie operowałem wgniecenia czaszki u noworodków, trzymając się wskazówek podanych przez *Ombrédanne'a*, który w przypadkach rozległych wgnieceń lub złamań radzi wykonać otwór trepanacyjny w środku wgłębienia. W przypadkach niewielkich wgnieceń, należy wykonywać otwór na obwodzie i stąd tępem narzędziem podważyć wgłębienie.

Pierwszy mój przypadek dotyczy noworodka w 3-ej dobie życia, u którego stwierdziłem wgniecenie wielkości złotówki w okolicy ciemieniowej prawej. Stan dziecka zupełnie dobry, żadnych objawów ze strony mózgu nie stwierdza się. Cięciem półkolistem przecięto skórę i odsłonięto kość. Na obwodzie wgniecenia wykonano niewielki otwór w kości. Zgłębnikiem wprowadzonym między oponę a kość udało się z łatwością wyprostować wgłębienie. Ranę skórną zeszyto szczelnie. Wynik bezpośredni pomyślny, spostrzeżeń dalszych nie posiadam.



Rys. 2.



Rys. 3.

Przypadek drugi dotyczy dziecka operowanego w Miejskim Zakładzie Położniczym przy ul. Karowej w Warszawie w 19 godzin po urodzeniu. Wywiady są następujące: wiek matki dziecka 43 l., ojca 47 lat (Siedem lat po ślubie). Dzieci było dwoje, pierwsze urodzone martwe, drugie wymóżdżone. Poronienia były dwa (samoistne) w 3. miesiącu ciąży. Ostatnia ciąża przed 3-ma laty. Położenie główkowe, poród kleszczowy.

Noworodek płci żeńskiej urodzony w X miesiącu ciąży. Waga dziecka 4850 gr. Wzrost 54 cm. Obwód główki 36 cm., obwód klatki piersiowej 34 cm. W okolicy ciemieniowej lewej stwierdza się wgniecenie bardzo rozległe, bo obejmujące prawie całą kość ciemieniową. W okolicy czołowej i politycznej nieznaczne ślady uciskowe po kleszczach. Dziecko urodziło się w zamartwicy, w pół godziny wystąpiły drgawki po stronie prawej, poczem zauważono całkowity bezwład kończyn po tej stronie. Po paru godzinach, jak podają, bezwład ustąpił.

Operację wykonano w 19 godzin po urodzeniu. Bez znieczulenia cięciem półkolistem odsłonięto kość ciemieniową lewą i stwierdzono wgniecenie tej kości ze złamaniem. W środku wgniecenia wywiercono elektrycznym wiertnikiem otwór aż do opony twardej i zapomocą metalowego cewnika, wprowadzonego pod kość wyprostowano wgłębienie. Skórę zeszyto szczelnie szwami jedwabnymi. Opatrunek. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po 7 dniach zdjęto szwy, rana zagojona przez rychłozrost. Badanie po dwuch miesiącach wykazuje stan dziecka dobry. O dalszych losach chorego brak wiadomości. W danym przypadku chodziło o wgniecenie ze złamaniem, wywołane najprawdopodobniej przez wzgórek k. krzyżowej, zwłaszcza wobec tego, że odciski po kleszczach były umiejscowione w okolicy czołowej i potylicznej. Zamieszczam zdjęcia rentgenowskie tego przypadku przed i po operacji (rys. 2 i 3).

Przed kilku miesiącami operowałem w 12 dni po urodzeniu dziecka przypadek złamania kości ciemieniowej, powikłanego uszkodzeniem części miękkich. Po odsłonięciu miejsca złamania i wywierceniu otworu w kości, stwierdzono zbiorowisko ropy nad oponą twardą. Ropień sączkowano. Dziecko po upływie 3 tygodni zmarło wśród objawów zakażenia ogólnego. Przykład ten może być dowodem, jak ważnem jest w każdym przypadku uszkodzenia powłoki czaszki dokonanie natychmiast wycięcia rany i kontroli stanu kości. W razie istniejącego złamania wskazane jest postępowanie według zasad ogólnie obowiązujących w przypadkach otwartych złamań czaszki, odsłonięcie kości i wywiercenie otworu w celu skontrolowania opony.

Słów parę wspomnę jeszcze o pourazowych torbielach oponowo - mózgowych (kephalhydrocele). Przypadki te powstają wskutek złamań czaszki z jednoczesnem rozdarciem opony twardej. Płyn mózgowo - rdzeniowy tworzy nieraz rozległe zbiorowiska, gromadząc się pod okostną zewnętrzną, innym razem unosi złamane kości czaszki. Spostrzegaliśmy na oddziale dwa takie przypadki u dzieci w wieku około dwu lat, u których uraz miał miejsce we wczesnem dzieciństwie.

Dla ilustracji podaję zdjęcia obu tych przypadków, pomijając z braku miejsca szczegółowy ich opis. Zaznaczę tylko, że



Rys. 4 [1]).

w obu przypadkach kości czaszki były uniesione, a torbiel posiadała połączenie z komorami bocznemi. Oba przypadki zmarły (rys. 4 i 5).

[1]) Przypadek ten jest opisany szczegółowo w Pedjatr. P. T. XV. z. 2, 1935 r.

Na zakończenie poruszę sprawę dalszych losów dzieci, które w czasie porodu przebyły uraz czaszki. Naogół uważa się, że złamania czaszki u dzieci, zwłaszcza małych, są mniej niebezpieczne niż u starszych, a to głównie spowodu małej dążności do szerzenia się pęknięć ku podsta-



Rys. 5.

wie czaszki (brak skostnienia szwów). Pogląd ten jest słuszny, jeśli chodzi o niebezpieczeństwo bezpośrednie; inaczej jednak przedstawia się zagadnienie odległych następstw. Zmiany późne, zwłaszcza w postaci drgawek jacksonowskich, są dosyć częste, podkreślają to specjalnie *Piéchaud* i *Denucé*. *Naujoks* uważa, że uszkodzenia czaszki u noworodków, o ile nie powodują natychmiastowej śmierci, kończą się naogół pomyślnie. Wylewy wewnątrzczaszkowe rzadko są przyczyną późnego zejścia śmiertelnego i najczęściej są wykrywane na sekcji przypadkowo u dzieci zmarłych z innych przyczyn.

Co się tyczy dalszych losów dzieci, które przebyły uraz czaszki, trudno jest przewidzieć, czy będą jakie następstwa, czy nie. *Rivière* na 7 przypadków z wylewami do mózgu, leczonych kilkakrotnem nakłuciem lędźwiowem, podaje 2 zejścia śmiertelne, 4 przypadki wyleczenia, jeden — „imbecilitas".

Seitz spostrzegał 5 przypadków, wszystkie dzieci w dalszym rozwoju były normalne. *Rydberg* z 41 noworodków z urazami głowy stracił 4, pozostałe dzieci w liczbie 37 wykazywały różne anomalje. *Fleming* (103 przypadki) podaje 50% śmiertelności. Z pozostałych przy życiu udało mu się skontrolować po roku 33 dzieci, z których pięcioro wykazywało zaburzenia psychiczne i czynnościowe, pozostałe dzieci były zupełnie zdrowe. *Schultz* twierdzi, że istnieje ścisły związek pomiędzy wylewami wewnątrzczaszkowymi a idjotyzmem, pląsawicą i padaczką. Wreszcie *Sharpe* na 5192 przypadków chorych (dorosłych i dzieci), zgłaszających się spowodu czynnościowych zmian ośrodkowego układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych, stwierdził w wywiadach w 91% przypadków długotrwały poród, a u 76% chorych poród kleszczowy.

Z przytoczonych spostrzeżeń możnaby wysnuć następujące wnioski:

1) W przypadkach uszkodzeń czaszki u noworodków należy bezwarunkowo wykonać jaknajprędzej odpowiedni zabieg chirurgiczny, aczkolwiek rokowanie w tych przypadkach jest zawsze bardzo niepewne, gdyż właściwie nie jesteśmy nigdy w możności przewidzieć, jaki będzie dalszy los dziecka.

2) Zważywszy, że pewien odsetek dzieci, jak wynika z przytoczonych statystyk, udaje się uzdrowić, nie należy zaniedbać właściwego w każdym przypadku postępowania.

SUMMARY

Head injury in new born babies.

Dr. J. Kossakowski.

The birth injury is the most frequent cause of head trauma in new born babies. The non too serious cephalhaematomata are to be treated conservatively. On the other hand the simple and depressed skull fractures, usually complicated by an intracranial hematoma should be treated surgically.

PIŚMIENNICTWO.

A. Broca: Chirurgie infantile. 1914. *Gohrbandt, Karger, Bergmann:* Chirurgische Krankheiten im Kindesalter. 1925. M. *Fèvre.* Chir. infantile d'urgence. 1933. *J. Lhermitte:* Les traumatismes obstétricaux et leurs conséquences. Traité de méd. des enfants. T. V. 1934. *H. Naujoks:* Die Geburtsverletzungen des Kindes, Stuttgart 1934. *L. Ombrédanne:* Précis clinique et opératoire de chir. infantile 1932. *A. Reuss:* Die Krankheiten des Neugeborenen. Encyklopedie der Klin. Medizin 1914. *Proust R.:* Précis de path. chir. I. II. 1928. *Piéchaud T.:* Précis de chir. infantile 1908. *Taillens:* Les hémorragies meningées. Traité de méd. des enfants. T. V. 1934. *Szwarc:* Chirurgja dietskawo wozrasta 1935.

Z 1. Szpitala Okręgowego im. Marsz. J. Piłsudskiego.
Kmdt. Płk. Dr. *Z. Rażniewski.*

Postępy djagnostyki urazów stawu kolanowego.

podał

Dr. Leon Kalina.

Wysoki w dobie dzisiejszej poziom chirurgji stawu kolanowego idzie w parze z postępami patologji i djagnostyki spraw urazowych kolana. Nie wystarcza dzisiaj „rozpoznanie": uraz stawu kolanowego; ze względu na dalsze postępowanie należy rozpoznanie sprecyzować i określić, czy mamy do czynienia z uszkodzeniem łąkotki, więzadeł krzyżowych, pobocznych i t. d. Z zasady staramy się rozpoznać i zróżnicować najczęściej spotykane uszkodzenia, mianowicie: 1) łąkotek, 2) więzadeł pobocznych, 3) więzadeł krzyżowych, wzgl. wyniosłości międzykłykciowej, 4) torebki stawowej, 5) maziówki i ciała tłuszczowego; staramy się wreszcie wykryć ciała obce pochodzenia urazowego (osteochondritis dissecans).

Ustalenie dokładnego rozpoznania — pomimo łatwej dostępności stawu kolanowego — nie jest łatwem zadaniem, nie należy więc zaniedbać żadnego badania, które może pomóc do rozpoznania. I dlatego musimy zebrać przedewszystkiem bardzo dokładnie w y w i a d y, które często stanowią podstawę naszego rozpoznania. Należy zwrócić specjalną uwagę na mechanizm uszkodzenia i objawy, które wystąpiły wkrótce po urazie, ew. poprzedzały go. Uraz może być bezpośredni (contusio) i wtedy będziemy mieli najczęściej uraz chrząstki pokrywającej kłykcie uda, prowadzący nieraz do utworzenia ciał obcych (myszek), lub pośredni (distorsio), powodujący uszkodzenie łąkotek lub więzadeł.

Następnie musimy dokładnie dowiedzieć się, czy bezpośrednio po urazie wystąpiły objawy blokady stawu (nasuwa to podejrzenie uszkodzenia łąkotek) oraz czy nie było już przedtem podobnych urazów, które dały w następstwie okresowe blokady stawu, co już z wielkiem prawdopodobieństwem świadczy o możliwości uszkodzenia łąkotki. Jeżeli blokada ustąpiła, ważne jest, czy ustąpiła łatwo i samoistnie, czy dopiero po wykonaniu pewnych ruchów. Jeżeli blokada nie ustępuje, lub jeżeli ustąpiła dopiero po wykonaniu pewnych ruchów, spowodował ją niewątpliwie uraz łąkotki; w razie nieustępującej blokady mamy najczęściej do czynienia z podłużnem rozerwaniem łąkotki („anse de seau", rys. 1). Blokadę szybko ustępującą może, oprócz łąkotki, wywołać myszka stawowa lub kosmek tłuszczu.

Następne pytanie dotyczy wylewu do stawu; duże i szybko ustępujące wylewy (jak chorzy podają — obrzęki) powstają najczęściej po uszkodzeniach wyniosłości międzykłykciowej.

Przystępujemy do badania: Chory leży na plecach, głowa oparta na poduszce, mięśnie kończyn zupełnie rozluźnione. Sposób badania chorego stawu zależy oczywiście od tego, w jakim okresie cierpienia otrzymujemy chorego. Jeżeli świeżo po urazie — to obraz może być często zatarty przez wylew, a badanie utrudnione wskutek silnej bolesności stawu. W tym wypadku należy staw opróżnić zapomocą nakłucia i zrobić zdjęcie rentgenowskie, odkładając szczegółowe badanie do chwili zmniejszenia się bolesności stawu. W każdym razie wylew krwawy jest zawsze objawem poważniejszego uszkodzenia i pogarsza rokowanie. Jeżeli przystępujemy do badania stawu już w jakiś czas po urazie, rzuca-

ją się nam w oczy przedewszystkiem zmiany k s z t a ł t u stawu. Kolano wygląda jakby zgrubiałe, ze względu na kontrast ze zwiotczałymi mięśniami uda, a kontury stawu są zatarte; staramy się stwierdzić czy równomiernie, czy są to specjalne deformacje, rzucające się w oczy, jak wypuklenie w okolicy górnego uchyłka, wskazujące na obecność pourazowego wysięku, lub poduszkowate wypuklenia po jednej lub obu stronach więzadła rzepkowego, które mogą oznaczać albo zapalenie kaletki pod więzadłem rzepkowem, albo pourazowy obrzęk ciał tłuszczowych (choroba Hoffy). Niekiedy widzimy owalne wypuklenie, częściej po stronie bocznej stawu, ustawione osią wzdłuż szpary stawowej: nasuwa to podejrzenie istnienia torbieli łąkotki.

Przystępujemy do p a l p a c j i stawu. Przedewszystkiem musimy zbadać, czy niema płynu w stawie. Balotowanie rzepki wyczuwamy łatwo w razie obecności większej ilości płynu; przy małej ilości płynu — należy dokładnie dłońmi i palcami ucisnąć uchyłek górny i okolice po obu stronach więzadła rzepkowego, a wtedy, uciskając rzepkę, wykryjemy również niewielkie ilości płynu. Jest to ważne w stanach pourazowych stawu, gdyż zmusza do pewnej ostrożności w rokowaniu i wskazuje na konieczność oszczędzania stawu. Dla porównania należy zbadać w ten sam sposób także drugie kolano.

Nadzwyczaj ważne jest zbadanie szpary stawowej; jeżeli wymacanie jej napotyka na trudności, zginamy kolano i przesuwając palcem po górnym brzegu nasady piszczeli wyczujemy i zbadamy z łatwością szparę stawową prawie na całym jej przebiegu. Musimy zwrócić uwagę przedewszystkiem na punkty bolesne w samej szparze: występują one zazwyczaj w odległości około 5 cm. od brzegu więzadła rzepkowego, najczęściej po stronie przyśrodkowej, nasuwając wówczas podejrzenie uszkodzenia łąkotki. Jeżeli bolesność jest umiejscowiona powyżej lub poniżej szpary, to jest na kłykciu uda (częściej), lub na piszczeli (rzadziej), myślimy o uszkodzeniu więzadła pobocznego. Wyraźny punkt bolesny kilka cm. powyżej szpary stawowej, na kłykciu przyśrodkowym uda, daje duże prawdopodobieństwo uszkodzenia więzadła pobocznego. Niekiedy w tem miejscu na zdjęciu rentgenowskiem zobaczymy tak zwany cień Pellegrini-Stieda, o czem niżej. Przy badaniu szpary stawowej (łąkotka) nietylko uciskamy skórę, lecz przesuwamy ją również lekko.

Owalne, o elastycznej konsystencji guzy, występujące na wysokości szpary stawowej, nasuwają podejrzenie wspomnianych już torbieli łąkotek. Niekiedy wyczuwamy w obrębie więzadeł pobocznych małe (wielkości ziarna żyta) guzki elastyczne, bolesne na ucisk: są to pozostałości po przebytych urazach.

Nie należy zapominać o zbadaniu dołu podkolanowego, gdzie możemy często zauważyć, względnie wymacać, kaletkę podkolanową (ważne ze względu na jej częstą komunikację z jamą stawową). Wreszcie przy dokładnem badaniu stawu uda nam się nieraz wyczuć przesuwającą się myszkę stawową. Bardzo wiele wskazówek może nam dać badanie r u c h ó w stawu. Już z wywiadów uzyskujemy nieco danych, które obecnie należy uzupełnić: ograniczenie prostowania, jak wspomniałem, występuje zwykle w razie podłużnego rozerwania łąkotki, lub uszkodzenia jej rogu przedniego, bądź w razie uwięźnięcia ciała tłuszczowego (rzadziej). Ograniczenie zgięcia obserwujemy przy uszkodzeniach tylnego rogu. W jednym i drugim wypadku należy wyłączyć myszki stawowe. Ograniczenie ruchów przy uszkodzeniach łąkotek ma charakter oporu sprężystego i przy próbach repozycji jest nieco mniej bolesne, niż ograniczenie wywołane uwięźnięciem ciała tłuszczowego. Blokada,

która występuje i powtarza się stale w jednej pozycji stawu (pół-zgięcia) i daje się łatwo z lekkim oporem i trzaskiem przezwyciężyć (psztykające kolano), wskazuje na uszkodzenie łąkotki bocznej. Nieznaczne ograniczenie prostowania występuje także przy uszkodzeniach więzadeł pobocznych i krzyżowych.

Następnie badamy (ew. w znieczuleniu miejscowem) występowanie ruchów bocznych — zawsze w pozycji wyprostnej (w pozycji zgięcia ruchy boczne występują nieraz i w stanie prawidłowym); w razie wątpliwości porównujemy stronę zdrową. Ujmując jedną ręką udo, wykonujemy drugą ruchy przy - i odwodzące podudzie i wtedy, szczególnie przy odwodzeniu, wyczuwamy w stawie lekki ruch boczny, który ustępuje samoistnie, poczem podudzie wraca do dawnej pozycji. Istnienie takiego objawu świadczy o uszkodzeniu więzadła pobocznego, aczkolwiek przy doskonale rozwiniętej muskulaturze ruchy boczne mogą nie wystąpić, a odwrotnie, przy słabem umięśnieniu ruchy te dają się wywołać nawet bez uszkodzenia więzadeł. Jeżeli ruchy te powodują bolesność w obrębie szpary stawowej, nasuwa to podejrzenie uszkodzenia łąkotki.

Z opisów w podręcznikach znamy t. zw. ruch szufladkowy kolana. Objaw ten da się stwierdzić w pozycji pół-zgięcia (pod kątem 110°), przy rozluźnionej muskulaturze kończyny (ułożenie nawznak, głowa oparta na poduszce); przesuwamy powierzchnię stawową goleni ku przodowi i tyłowi, względem nasady k. udowej. Objaw ten uchodzi za znamienny dla uszkodzeń więzadeł krzyżowych: ruch szufladkowy do przodu występuje przy uszkodzeniu przedniego więzadła, ku tyłowi — przy uszkodzeniu tylnego więzadła krzyżowego. Jak wykazują ostatnie badania, objaw ten zależy również od stanu umięśnienia uda. Niekiedy przy uszkodzeniach więzadeł krzyżowych mogą wystąpić także ruchy boczne.

Zdjęcie r e n t g e n o w s k i e należy zawsze wykonać, o ile są warunki po temu. Na zdjęciu szukamy przedewszystkiem uszkodzenia wyniosłości międzykłykciowej, którego bez pomocy zdjęcia nie rozpoznamy; niekiedy można dostrzec uszkodzenie przyczepów więzadeł krzyżowych w postaci oderwania blaszki kostnej w okolicy wyniosłości międzykłykciowej, lub pomiędzy kłykciami uda.

Następnie możemy na zdjęciu stwierdzić obecność myszek stawowych o jądrze kostnym; nie należy ich mieszać z trzeszczką (fabella) w ścięgnie mięśnia dwugłowego, lub mięśnia brzuchatego łydki, widoczną dość często na zdjęciu bocznem.

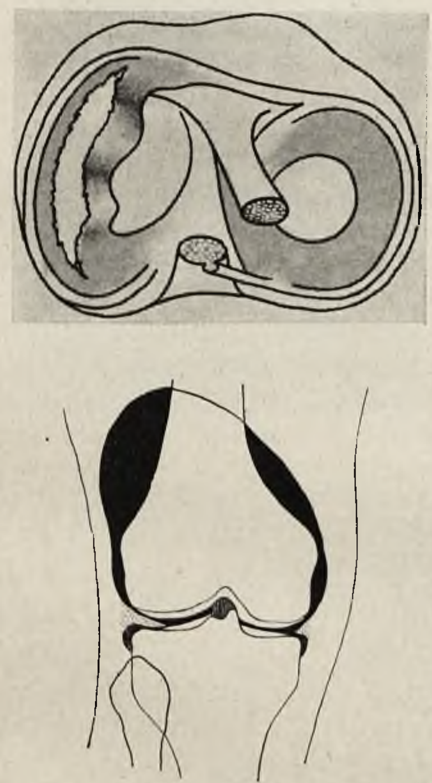
Dalej możemy dostrzec niekiedy na zdjęciu przednio-tylnem w okolicy górnego przyczepu więzadła pobocznego przyśrodkowego mały cień, t. zw. Pellegrini-Stieda, który świadczy, jak niektórzy podają, o oderwaniu blaszki kostno-okostnowej przy uszkodzeniu więzadła. Nadto zdjęcie rentgenowskie pozwala wyłączyć inne urazy i cierpienia, jak np. pęknięcie kłykcia piszczeli, sprawę gruźliczą, zapalenie zniekształcające i t. p.

Szerokość szpary stawowej, na co zwykle zwraca się uwagę, zależy nieraz od położenia, w jakiem dokonano zdjęcia, i ma znaczenie rozpoznawcze tylko wtedy, gdy szpara jest niesymetryczna, co wskazuje na uszkodzenie więzadła pobocznego.

Jak widzimy, zdjęcie rentgenowskie nie daje zbyt wiele, i sporo pytań pozostaje bez odpowiedzi. W poszukiwaniu techniki rentgenowskiej wprowadzono p n e u m o g r a f j ę, która zaczyna znajdować coraz szersze praktyczne zastosowanie. O moim aparacie i technice, którą zastosowałem, nie wspominam, bo o tem piszą w osobnym artykule kol. Lachowicz i Goldman[1]), chcę natomiast poświęcić kilka słów

[1]) Artykuł ukaże się w następnym N-rze. Red.

najsłabszej, mojem zdaniem, stronie pneumografji, mianowicie trudnościom, jakie napotykamy przy odczytywaniu zdjęć. Aby podejść najbliżej do tej sprawy i ułatwić odczytywanie zdjęć, podzieliłem uszkodzenia łąkotek na kilka grup, opierając się na analizie operowanych przezemnie przypadków, którym uprzednio zrobiono pneumogramy: 1) uszkodzenia podłużne, 2) uszkodzenia poprzeczne, 3) pośrednie i 4) atypowe. Rys. 1 przedstawia typowe uszkodzenie podłużne, najczęściej spotykane, rys. 2 obraz rentgenowski, odpowiadający temu uszkodzeniu, również typowy. Jak widzimy, szpara stawowa, zazwyczaj wypełniona cieniem łąkotki, jest pusta, a jedynie od torebki w kierunku szpary wysuwa się cień o charakterze krótkiej ostrogi: wielkość jego jest zresztą zależna od tego, jak wielka część łąkotki po rozerwaniu pozostała przy torebce. Rys. 3 przedstawia uszkodzenie poprzeczne, t. j. drugą grupę naszego podziału; na obrazie rentgenowskim (rys. 4), odpowiadającym temu uszkodzeniu, widzimy w obrębie, znajdującej się zresztą na swojem miejscu łąkotki, poprzeczną szczelinę oraz liczne pęcherzyki. Obrazy rentgenowskie grupy 3-ciej (rys. 5 i 6), dają obraz pośredni, złożony z elementów grupy 1 i 2-giej. Widzimy na nim (rys. 7) i wspomnianą ostrogę i pęcherzyki powietrza w pozostałej części łąkotki.

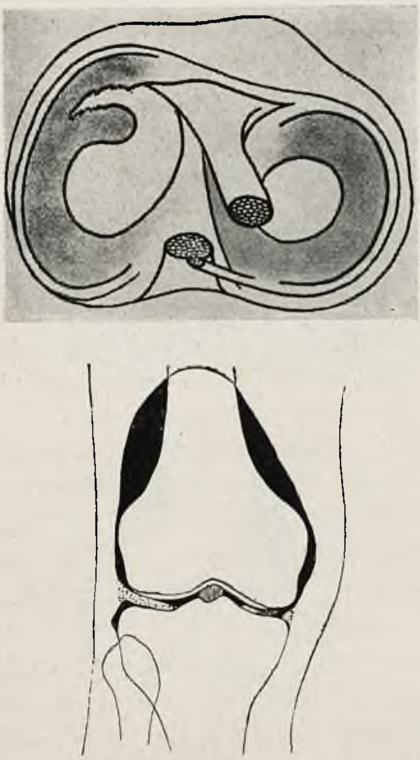


Rys. 1 i 2.



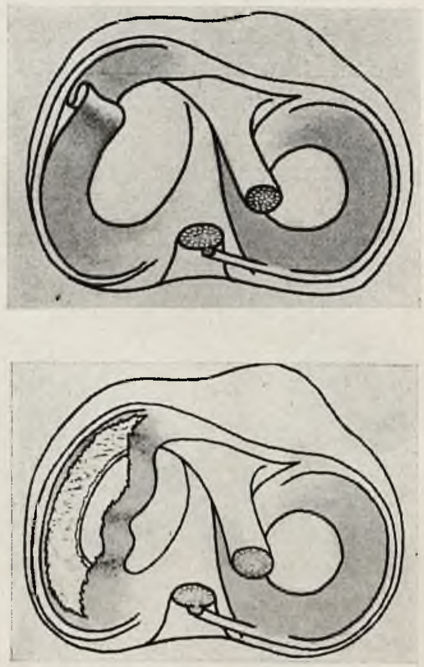
Rys. 3, 4 i 5.

Muszę zaznaczyć, że tych kilka uwag, poświęconych odczytywaniu pneumogramów stanowi zaledwie część tego, co już dzisiaj możemy o tej sprawie powiedzieć.



Rys. 6 i 7.

Oczywiście, nierzadkie są jeszcze przypadki, kiedy nie możemy rozpoznać cierpienia na zasadzie pneumogramu, należą one przeważnie do grupy 4-tej naszego podziału, t. zw. atypowych (rys. 8 i 9). Z dwóch, dla przykładu przytoczonych, operowanych przezemnie przypadków, łatwo domyślić się, że tak w jednym, jak w drugim, zdjęcie kontrastowe nie mogło dać obrazu uszkodzenia łąkotki; w jednym fałdowanie występowało tylko w czasie ru-



Rys. 8 i 9.

chu, w drugim, dość rzadkiem odwarstwieniu górnej powierzchni, pozostała na miejscu część dawała cień, nieróżniący się od cienia prawidłowej łąkotki.

Djagnostyka urazów stawu kolanowego, jak widzimy, nie jest łatwa; wiele proponowanych metod, jak artroskopja, auskultacja stawu i t. p. zawiodło. Do metod, dających w większości przypadków konkretną odpowiedź, należy pneumografja.

R E S U M É.

Les progrès du diagnostic des lésions traumatiques du genou.

par Dr. L. Kalina.

L'auteur discute en détail l'examen clinique de l'articulation du genou dans les cas des lésions traumatiques. Le diagnostic „dérangement interne" du genou n'est pas plus suffisant à l'heure actuelle. Il est nécessaire de reconnaître dans tous les cas la nature des lésions.

Heuresement, qu'aujourd'hui la pneumoradiographie de l'articulation du genou est venue faciliter beaucoup le diagnostic et nous permet de se prononcer non plus sur des signes de probabilité, mais de certitude.

Z Instytutu Chirurgji Urazowej w Warszawie

Operacyjne leczenie fr. supracondylica humeri u dzieci.

podał

Dr Tadeusz Sokołowski
Kierownik Instytutu

Sprawa leczenia fr. supracondylica humeri nie przestaje być aktualna w piśmiennictwie dlatego, że każdy z opisywanych sposobów leczenia daje niepowodzenia. Nasuwa to już a priori myśl, że leczenie tego złamania nie da się wtłoczyć w ramy jednego schematu. Tymczasem mamy zwykle do czynienia z tem, że poszczególni chirurdzy leczą fr. supracondylica humeri w sposób „typowy". I dopiero przestudjowanie sprawy na większym materjale nasuwa wnioski o konieczności indywidualizowania leczenia i rewizji utartych poglądów.

Jak wiadomo, fr. supracondylica humeri jest typową postacią złamania wieku dziecięcego, podobnie jak fr. radii typica — wieku dorosłego. Nic dziwnego, że na ogólną ilość 90 przypadków mieliśmy w ciągu roku 1936 tylko 2 przypadki dotyczące osób dorosłych [1]). Leczenie niektórych postaci złamania nie przedstawia żadnych trudności: są to złamania bez przemieszczenia i nadłamania z utworzeniem mniejszego lub większego kąta pomiędzy odłamkami. Łatwe stosunkowo są również złamania, gdzie nie doszło do przemieszczenia odłamków o całą szerokość trzonu. Tutaj (po uprzedniem nastawieniu) wystarcza nałożenie 2 longetów gipsowych na przedramię i ramię; longety te należy skrzyżować w miejscu stawu łokciowego i przymocować opaską.

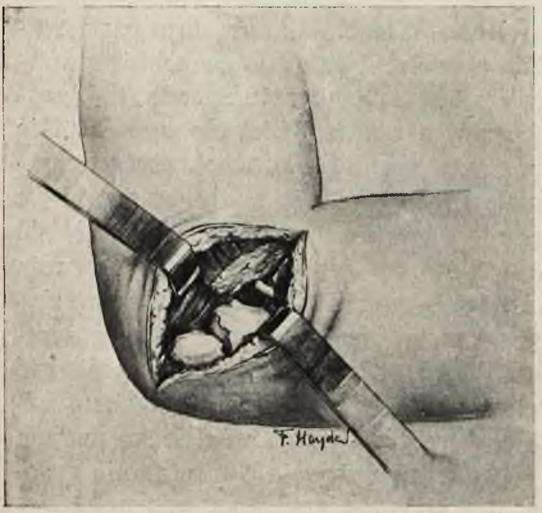
Inna sprawa, jeżeli mamy do czynienia ze znacznem przemieszczeniem odłamków. Nie chcę wcale twierdzić, że takiego złamania nie można nastawić ręcznie, ale muszę stwierdzić na zasadzie dużego materjału, że w wielu ciężkich przypadkach nastawianie zwykłe albo nie udaje się, albo po dobrem nastawieniu następuje wtórne przemieszczenie.

Nastawienie nie udaje się w przypadkach z jednoczesnem złamaniem bloczka, lub wyniosłości główkowatej, szczególnie wtedy, gdy odłamek uległ obróceniu około swej osi o 90, lub więcej stopni. Nienastawienie takiego złamania daje w następstwie zniekształcenia powierzchni stawowej i zaburzenia wzrostu nasady, t. j. gorszy staw, a nieraz i blokadę ruchów. Nie udaje się również niejednokrotnie nastawienie w przypadkach skośnego przebiegu szpary złamania, ponieważ odłamki nie mają wówczas tendencji do wklinowania i ześlizgują się. Pewien odsetek takich złamań kończy się wtórnem przemieszczeniem, które może w następstwie upośledzić ruch stawu. Przemieszczenia wtórne widujemy w pierwszym rzędzie u małych 2 — 3 letnich dzieci. Uprzytomnimy sobie, jak wygląda kończyna takiego dziecka: mała, pulchna rączka bez zarysów, o delikatnej napiętej skórze, która nie znosi opatrunku bez podściółki. Nałożenie opatrunku gipsowego (oczywiście tylko z watą) mija się tu z celem. A właśnie u tych małych dzieci spotykamy najcięższe postacie przemieszczeń oraz niespodzianki przy kontroli po doraźnem dobrem nastawieniu.

Kilka słów jeszcze o nastawianiu: w niektórych ciężkich przypadkach nastawienie idzie tak opornie, że udaje się dopiero po użyciu znacznej siły; oczywiście każdy chirurg, przystępując do repozycji obiecuje sobie, że nie będzie postępował brutalnie, ale kto z nas nie przeżywał tego, że powta-

[1]) Oba zresztą przypadki otwartego złamania.

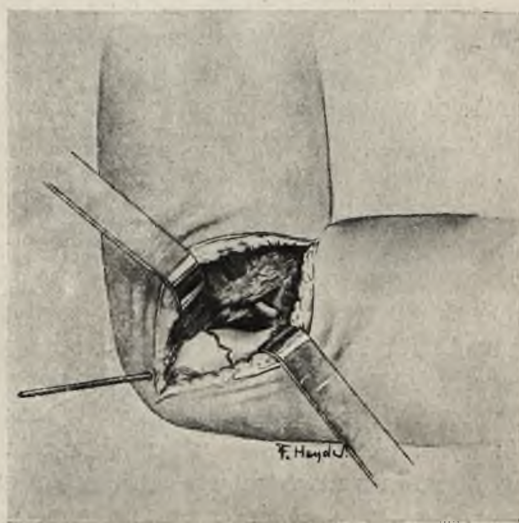
rzał kilkakrotnie manipulacje pod ekranem, a po ukończeniu zabiegu odchodził z uczuciem, że zadał nadmierny uraz. A jeżeli chodzi o utrzymanie odłamków, to większość ustala złamanie w zgięciu stawu łokciowego, gdyż takie ustawienie zapobiega najlepiej przemieszczeniu. Tymczasem nie da się zaprzeczyć, że takie ustawienie kryje w sobie niebezpieczeństwo przykurczenia z niedokrwienia: przecież po takim opatrunku widzimy na drugi dzień w przegubie łokciowym sklejone ze sobą wały obrzękłej skóry. Wkładanie do przegubu pelotki z waty jest również niebezpieczne ze względu na możliwość ucisku naczyń i następowego przykurczenia z niedokrwienia.



Rys. 1.

Czyż niema sposobu takiej repozycji i utrzymania odłamków, który gwarantuje pełne powodzenie nawet w nacięższych przypadkach? Szukając odpowiedzi na to pytanie, przeszedłem w ciężkich przypadkach (a z reguły w przypadkach zaniedbanych i zastarzałych) na leczenie operacyjne. Z ogólnej ilości 90 przypadków fr. supracondylica humeri, leczonych w Instytucie w ciągu roku 1936, w 23 przypadkach wykonałem nastawienie krwawe następującą techniką:

Cięcie operacyjne poprzeczne na bocznej powierzchni ramienia w przedłużeniu fałdu skórnego przegubu łokciowego w kierunku wyniosłości kłykcia bocznego. Po przecięciu skóry i powięzi, pokrywającej mięśnie, poprzeczne cięcie poprzez mięsień ramienno-promieniowy w kierunku wyniosłości kłykcia. Tuż u kłykcia nacinamy u przyczepu, również poprzecznie, długi prostownik nadgarstka, poczem ukazują się skrzepy i nieco płynnej ciemnej krwi — weszliśmy do jamy krwiaka. Tępymi hakami rozszerzamy ranę i odsłaniamy szeroko ognisko złamania. (Rys. 1). Teraz nastawienie w otwartej ranie nie przedstawia trudności, po uprzedniem wytarciu gazikiem skrzepów i opanowaniu krwawienia z drobnych gałązek mięśniowych (zazwyczaj niema potrzeby podwiązywania naczyń). Nastawiamy ostrymi jednozębowymi hakami, wprowadzonymi pod kontrolą wzroku, bez stosowania znacznej siły i bez najmniejszego urazu tkanek okolicznych (w przeciwieństwie do nastawiania ręcznego). Po nastawieniu (w silnem zgięciu stawu) asystent trzyma hakami odłamki, a operujący wbija młoteczkiem przezskórnie poprzez wyniosłość kłykcia i odłamek obwodowy skośnie w kierunku trzonu drut, taki sam, jakiego używamy do wyciągów. Po wbiciu drutu na dostateczną głębokość asystent puszcza odłamki i znów rozwiera hakami ranę, a operujący ujmuje przedramię i wykonywa kilka ruchów zgięcia i rozgięcia, probując, czy drut trzyma mocno odłamki. (Rys. 2). Przed zaszyciem rany zdjęcie w 2 rzutach aparatem przenośnym; jeżeli wynik jest niedostateczny, usuwamy drut, poprawiamy ustawienie, orjentując

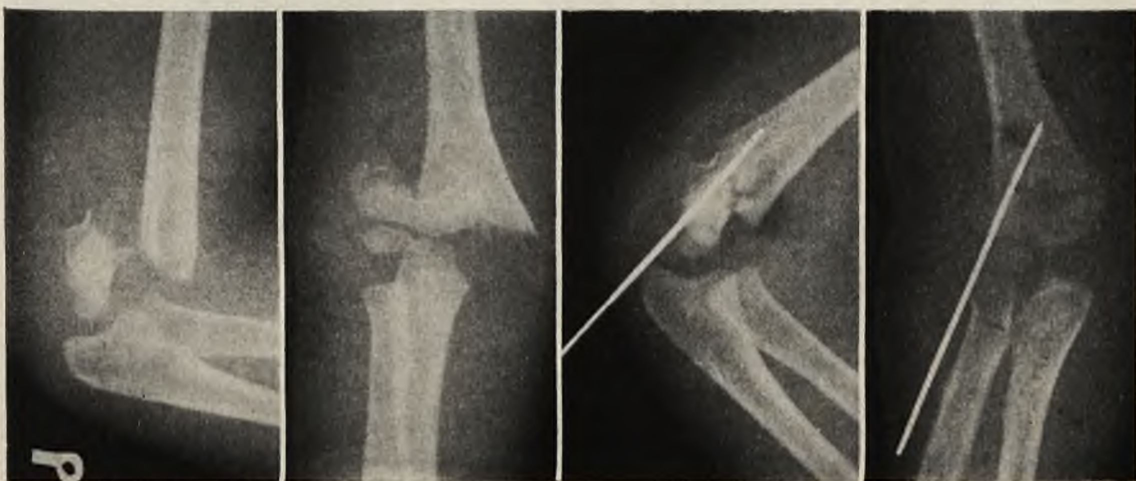


Rys. 2.

się co do poprawki według zdjęcia, i wbijamy ponownie drut, poczem zeszywamy kilkoma szwami katgutowymi mięśnie i powięź, wreszcie szwami z cienkiego silku lub jedwabiu skórę. Po opatrzeniu rany kładziemy na przedramię i ramię dwa longetki gipsowe, krzyżując je w okolicy kłykcia przyśrodkowego w ustawieniu stawu pod kątem prostym.

Po 6 dniach zdejmujemy szwy skórne, nie ruszając opatrunku gipsowego, a po 10 usuwamy drucik. Opatrunek ustalający zdejmujemy dopiero po 4 (u małych dzieci po 3) tygodniach i oświadczamy rodzicom, że dziecko może poruszać ręką, uświadamiając ich jednocześnie o szkodliwości masażu i zabiegów fizykalnych w ciągu pierwszych 6 tygodni po zdjęciu opatrunku ustalającego.

przypadku, operowanym w 5 dni po złamaniu (rys. 3), istniejące całkowite porażenie nerwu promieniowego ustąpiło bez śladu w dwa dni po operacji. W jednym przypadku (10 dni po złamaniu), nastawianym przedtem gdzieindziej, w którym wbiliśmy przezskórnie 2 druty, wystąpiło późne nieznaczne ropienie z kanału drutu i nieznaczne powierzchowne ropienie rany skórnej bez odczynu ze strony stawu, które ustąpiło całkowicie w 2 tygodnie po wyjęciu drutów, tak iż po zdjęciu gipsu mieliśmy ranę zupełnie zagojoną i chory rozpoczął ruchy. Jeden raz wykonaliśmy operację w przypadku za-

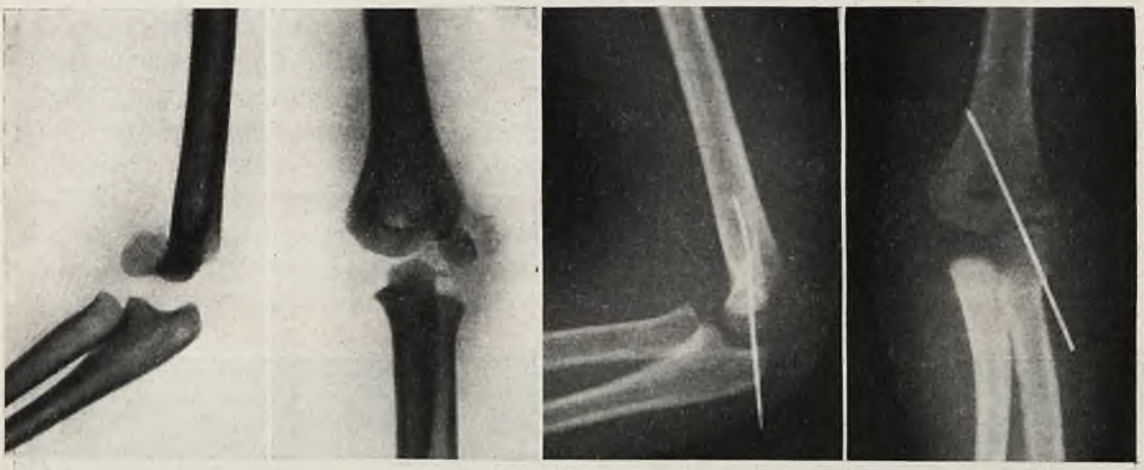


Rys. 3.

Wszystkie nasze operowane przypadki podlegały okresowej kontroli rentgenowskiej tak w okresie pooperacyjnym, jakoteż po zdjęciu opatrunku gipsowego. Nie stwierdziliśmy ani razu przemieszczenia odłamków po operacji, zdjęcia nie dały również podstaw do wniosku, że operacja przyczynia się do nadmiernego rozrostu kostniny wskutek poruszenia okostnej; nie widzieliśmy również pozaszkieletowych skostnień. Nie mieliśmy po operacjach ani porażeń nerwu promieniowego, ani przykurczenia z niedokrwienia. W jednym

starzałego złamania wyniosłości główkowatej z dużą blokadą stawu. W tym przypadku wbiliśmy przeskórnie drut po uprzedniem odświeżeniu powierzchni złamania; nastawiając odłamek obwodowy nie pozbawiliśmy go całkowicie związku z tkankami otaczającemi. Po 4 tygodniach stwierdziliśmy powrót ruchów stawu w znacznym zakresie. Nie odsłaniamy podczas operacji nerwu promieniowego, ale po wbiciu gwoździa sprawdzamy każdorazowo przed zeszyciem rany stan nerwu, wyszukując go po rozsunięciu włókien mięśnia.

W przypadku, przedstawionym na rys. 1, szkicowanym podczas zabiegu, przedłużyliśmy celowo cięcie mięśnia ramienno-promieniowego w kierunku przegubu łokciowego dla uwidocznienia przebiegu nerwu. wrót ruchów stawu jest zawsze zupełny. Przecięcie mięśni tuż u przyczepów nie niszczy gałązek nerwowych, a więc nie upośledza czynności mięśni i nie osłabia aparatu stawowego.



Rys. 4. Przypadek odosobnionego śródkłykciowego złamania wyniosłości główkowatej kości ramiennej z obróceniem odłamka.

Operacja kształtuje się albo pozastawowo (częściej), albo śródstawowo, zależnie od rodzaju złamania. Uważamy, że otwarcie torebki stawowej nie ma znaczenia dla późniejszych ruchów stawu. Wszak po zwichnięciach dochodzi do większych rozdarć, a jednak, jeżeli chodzi o dzieci, po-

W dwu przypadkach próbowaliśmy ustalić odłamki zapomocą przezskórnego wbicia drutu po uprzedniem ręcznem nastawieniu (bez właściwego aktu operacyjnego), lecz odstąpiliśmy od takiego postępowania, ponieważ nie dało nam ono zadowalających wyników.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

Operative Behandlung der Fr. supracondylica humeri bei den Kindern.

v. Dr. **T. Sokołowski.**

Die Reposition der Fragmente und die Fixierung durch Verband gelingt in schweren, vernachlässigten und veralteten Fällen, besonders bei den kleinen Kindern, nicht immer.

In 23 Fällen wurde v. Verf. die Reposition auf dem blutigen Wege gemacht. Die Resultate sind in allen operierten Fällen gut gewesen. Nach der blutigen Reposition werden die Fragmente mit dem perkutan eingeführten Draht fixiert, dann wird die Gipsschiene gelegt. Nach 6 Tagen Entfernung der Hautnähte, nach 10 Tagen — des Drahtes, nach 4 Wochen — der Gipsschiene.

Besonders gute Erfolge hat Verf. in den Fällen der isolierten Fraktur der eminentia capitata humeri erzielt.

Z Oddziału chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.

Ordynator: *Dr. Jerzy Jasieński.*

W sprawie szczelnego zaszywania jamy brzusznej w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego.

podał

Dr. Szymon Kranz.

Dokończenie.

Po szczelnem zaszyciu brzucha w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej spostrzegamy już w pierwszych dniach po operacji wybitną poprawę ogólnego stanu chorych, zjawiającą się równocześnie z rychłem ustępowaniem miejscowych objawów, co świadczy o cofaniu się ropnej sprawy zapalnej. że cofa się ona całkowicie, niekiedy nawet w przypadkach z zejściem niepomyślnem, mieliśmy sposobność przekonać się w jednym z naszych przypadków sekcyjnych. Obraz, stwierdzony po otwarciu brzucha, był tak charakterystyczny, że nie mogę się nad nim nie zatrzymać. Chodziło o 37-letniego chorego z rozlanem ropnem zapaleniem otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, operowanego w trzecim dniu choroby, a w kilkanaście godzin po przedziurawieniu wyrostka. Ogólny stan chorego był bardzo ciężki. Na stole operacyjnym stwierdzono zgorzel i przedziurawienie wyrostka, cała zaś jama brzuszna wypełniona była wielką ilością gęstej ropy. Stan chorego po zabiegu szybko się poprawił i już w dniu następnym był poprostu wyśmienity, niemal podobny do tego, jaki spostrzegamy po operacjach wykonanych spowodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Jednak w szóstym dniu po operacji chory nagle wysoko zagorączkował. Stwierdziliśmy i właściwie opanowaliśmy dzięki szerokim nacięciom rozległą ropowicę powłok brzusznych o charakterze gnilnym. Mimo to objawy ogólnego zakażenia nie ustępowały, stan chorego pogarszał się z godziny na godzinę, serce coraz bardziej słabło i w ósmym dniu chory zmarł. Przy oględzinach pośmiertnych jamy brzusznej nie stwierdzono ani śladu płynu zapalnego, a na nieznacznie rozdętych, lecz prawidłowo zabarwionych, nie przekrwionych i nie pozlepianych ze sobą pętlach jelitowych znaleziono zaledwie kilka drobnych strzępów włóknika. Uderzający ten obraz wyleczonej w ciągu ośmiu dni rozlanej sprawy ropnej, która toczyła się w jamie otrzewnej, jest szczególnie charakterystyczny, odmienny od obrazu sekcyjnego, spotykanego w przypadkach sączkowanych. W przypadkach bowiem sączkowanych spotykaliśmy zwykle podczas sekcji otorbiony ropień dokoła sączka i szereg zbiorowisk ropnych pośród pozlepianych ze sobą, rozdętych, przekrwionych i pokrytych licznymi nalotami włóknikowymi pętli jelitowych.

Szczelne zaszywanie brzucha skraca okres leczenia pooperacyjnego; w naszym materjale przeciętny czas leczenia chorych po szczelnem zaszyciu powłok brzusznych wynosił 19 dni, wobec 41 dni w przypadkach sączkowanych. Cały zresztą przebieg pooperacyjny naszych przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej po szczelnem zaszyciu brzucha świadczy przekonywująco o wartości metody. Spostrzeżenia różnych autorów, pod innymi względami bardzo rozbieżne, pod tym wzglę-

dem pokrywają się niemal w zupełności. Wszyscy podkreślają szybką poprawę ogólnego stanu chorych, wczesne gojenie się rany i rzadkość powikłań pooperacyjnych. Najczęstsze powikłania to ropienie powłok brzusznych i ropień zatoki Douglasa. Ropienie powłok spostrzegano tak często, iż niektórzy polecają wogóle nie zaszywać skóry, względnie zaszyć ją bardzo luźno, pozostawiając sączek w powłokach. Postępowanie to nie wydaje się nam słuszne z tego względu, że w części przypadków uzyskujemy doraźne zagojenie się rany, natomiast w przypadkach ropienia szybko opanowujemy toczącą się w powłokach sprawę ropną po wczesnem rozwarciu rany. Spośród naszych 56 chorych ropienie powłok obserwowaliśmy u 18, przyczem u jednego tylko nie rozwarliśmy na czas rany, co pociągnęło za sobą wystąpienie ropowicy powłok.

Ropni zatoki Douglasa nie spostrzegaliśmy ani razu. Być może, należy to tłumaczyć tem, że nie układaliśmy po zabiegu chorych w półsiedzącej pozycji Fowlera. Ułożenie to przyczynia się niewątpliwie do gromadzenia się wydzieliny ropnej w najniższem miejscu jamy brzusznej. Ropień zatoki Douglasa jest wprawdzie uważany ogólnie za szczęśliwe zejście rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, nie jest on jednak powikłaniem potrzebnem. Fakt, że w naszym materjale odsetka śmiertelności nie jest bynajmniej większa, niż w zestawieniach autorów, przestrzegających ułożenia Fowlera, dowodzi, że postępowanie to nie stanowi istotnej przyczyny pomyślnych wyników, uzyskanych przy szczelnem zaszywaniu powłok brzusznych. Odnosi się to w równym stopniu do różnych innych zabiegów dodatkowych, w szczególności do metody Havlička. Racjonalne w niej jest bodaj tylko unikanie podawania w przebiegu pooperacyjnym przetworów makowcowych. Pozostałe zalecenia Havlička uważamy nawet za wręcz szkodliwe. Naświetlanie podczas zabiegu trzewi brzusznych promieniami pozafjołkowemi zmusza do rozległej ewentracji i przedłuża znacznie zabieg operacyjny, to też więcej napewno przyczynia szkód, niż przynosi korzyści. Operowanie wszystkich przypadków w znieczuleniu miejscowem wyłącznie w tym celu, aby chory sam mógł wstać ze stołu operacyjnego i o własnych siłach udać się do łóżka, nie wydaje się celowe, niczem bowiem nie jest uzasadnione. Wydaje się nam również, że polecane przez Havlička rozmyślne nieusuwanie w czasie zabiegu ropy, nie przedstawia żadnych korzyści. Bardziej przekonywujące jest możliwie dokładne usunięcie ropy z brzucha, aczkolwiek wiemy, że warunki anatomiczne nie pozwalają na całkowite usunięcie ropy, nie mamy zresztą pewności, czy nie zacznie się ona wytwarzać w jeszcze większej ilości po zabiegu. Na podstawie zestawienia Havlička nie można się zresztą dokładnie zorjentować, w ilu przypadkach chodziło o ograniczone, w ilu zaś o rozlane zapalenie otrzewnej; dobre swe wyniki zawdzięcza on niewątpliwie w pierwszym rzędzie szczelnemu zaszywaniu jamy brzusznej.

W żadnym z przypadków nie spostrzegaliśmy w przebiegu pooperacyjnym objawów mechanicznej niedrożności jelit. Sądząc z piśmiennictwa, bywa ono tylko wyjątkowem powikłaniem tych przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, w których jamę brzuszną zaszyto szczelnie, i daje znacznie lepsze rokowanie, niż w przypadkach sączkowanych. *Glatzel* mówi o wyleczonym przez relaparotomję przypadku niedrożności po szczelnem zaszyciu powłok i pięciu zejściach śmiertelnych u chorych, u których po usunięciu wyrostka pozostawiono w brzuchu sączki.

Zasadniczo nie płuczemy jamy brzusz-

nej ani fizjologicznym rozczynem soli kuchennej, ani innymi środkami. W piśmiennictwie spotykamy zbyt rozbieżne zdania co do wartości takiego postępowania, na tej więc podstawie nie można wyciągnąć konkretnych wniosków praktycznych. Postępowanie to ma dziś znacznie więcej przeciwników, przekonanych o szkodliwem działaniu płukania, niż zwolenników, dopatrujących się w niem korzyści.

Rozbieżne są też zdania co do wartości surowic przeciwzgorzelinowych w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej. Zaprzeczają ich wartości autorzy, którzy stosowali je w przypadkach beznadziejnych, o niewątpliwie złem rokowaniu. Nie stosowano ich w przypadkach mniej ciężkich, uważając je za niepotrzebne. Niektórzy twierdzą, że trudno przewidzieć działanie lecznicze surowic: jeżeli natrafimy na właściwy szczep drobnoustrojów, możemy uzyskać wyleczenie, w innych przypadkach surowice nie mają wpływu. Z autorów polskich *Ostrowski* podaje pomyślny wpływ surowic i szczepionek i z tego względu podkreśla rolę czynnika bakteryjnego w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Bezskutecznie stosowaliśmy wielkie dawki wielowartościowej surowicy przeciwzgorzelinowej P. Z. H. w trzech ciężkich przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, w których po usunięciu wyrostka ze względu na naciek ścian kątnicy musieliśmy pozostawić w brzuchu sączki. Surowicę tę zastosowaliśmy jednak późno, dopiero w drugim, względnie trzecim dniu po zabiegu, wobec wybitnego pogarszania się stanu chorych. We wszystkich tych przypadkach obserwowaliśmy początkowo znaczną poprawę kliniczną, zarówno ustępowanie objawów ogólnych, jak objawów ze strony jamy brzusznej. Poprawa ta była jednak niestety krótkotrwała. W jednym tylko przypadku po podaniu choremu 100 cm^3 surowicy poprawa utrzymywała się w ciągu dni pięciu i była tak wybitna, że nawet uważaliśmy chorego za uratowanego; jednakże w piątym dniu od wprowadzenia pierwszej dawki surowicy, a w siódmym dniu po operacji, niespodzianie wystąpiło tak gwałtowne pogorszenie, że w ciągu sześciu zaledwie godzin doprowadziło do zejścia. Na sekcji stwierdzono wielką ilość ropy pośród rozdętych pętli jelitowych. Być może popełniliśmy błąd, nie podając choremu dalszych dawek surowicy wobec korzystnego jej wpływu. W każdym razie zbyt wcześnie jest dziś jeszcze wypowiedzieć się ostatecznie w tej sprawie bez dalszych liczniejszych doświadczeń klinicznych.

W przeciwieństwie do omówionych wyżej zabiegów dodatkowych, co do rzeczywistej wartości których zdania są podzielone, przypisujemy wielkie znaczenie całości leczenia pooperacyjnego w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej. Przy pomocy wszelkich dostępnych nam środków zwalczamy zwiotczenie jelit i staramy się przywrócić zaburzone, a tak ważne prawidłowe opróżnianie się przewodu pokarmowego. Doprowadzamy pozatem do ustroju drogą pozajelitową dostateczne ilości płynów, zwalczamy kwasicę pooperacyjną, podajemy środki nasercowe i t. d., dopomagając w ten sposób ustrojowi do skutecznego zwalczenia zakażenia.

Uzyskane przez nas wyniki świadczą niewątpliwie na korzyść szczelnego zaszywania jamy brzusznej w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Słuszność tych wniosków potwierdza również szereg innych zestawień. Wielu autorów odnosi się wprawdzie do statystyk niezwykle krytycznie, a najkrytyczniej bodaj ze wszystkich *Glatzel*. Twierdzi on, że ocena wyników zależna jest od najrozmaitszych czynników i nawet w rękach jednego autora daje wyniki zmienne, a cóż dopiero gdy

usiłuje się porównywać różne obce zestawienia. Twierdzi dalej, że ze względu na niemożność przeprowadzenia ścisłego podziału na przypadki powikłane i niepowikłane zapaleniem otrzewnej, statystyki pomimo najlepszej wiedzy i woli muszą być nieścisłe, a przedewszystkiem, że mogą być celowo lub bezwiednie naginane. Niejednokrotnie też, zdaniem *Glatzla,* wyniki nie są oparte na statystyce, lecz według wyników układa się statystyki. Stąd pochodzić mają zestawienia o bardzo niskiej śmiertelności przypadków wcześnie operowanych, ale zato o bardzo wysokiej śmiertelności rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej. Bezwątpienia szereg tych zastrzeżeń nie jest pozbawiony słuszności, w każdym jednak razie nie można przecież posądzać wszystkich w czambuł o naginanie statystyk. Trudno również zgodzić się ze zdaniem, że ocena wskazań nie powinna się opierać na wynikach, gdyż „wynik nie zależy tylko od tego, czy coś było celowo i w porę zrobione, ale też i od tego, jak było zrobione", już choćby z tego względu, że zwykle opieramy się na wynikach dobrych i dążymy do ich uzyskania. *Glatzel* twierdzi dalej, że żadna statystyka nie jest w stanie wykazać ściśle, jakie postępowanie jest bardziej celowe, czy szczelne zaszywanie powłok brzusznych, czy sączkowanie. Mimo to jednak jest on zwolennikiem zaszywania jamy brzusznej z tego względu, że śmiertelność po całkowitem zaszyciu powłok nie wzrosła, że chorzy o wiele lżej przechodzą okres pooperacyjny, gojenie się rany jest szybsze i mniej bolesne i że wreszcie powikłania pooperacyjne bynajmniej nie są częstsze, lecz przeciwnie — rzadsze.

Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że zestawienia statystyczne częstokroć nie są w stanie odtworzyć prawdziwego stanu rzeczy, już choćby z tego względu, że nawet dwa napozór jednakowe przypadki, mogą wykazywać pod względem przebiegu pooperacyjnego więcej różnic, niż podobieństwa, pozatem statystyka nie może nie być subjektywna; należałoby więc właściwie uprzednio ujednostajnić wszystkie zestawienia statystyczne, co jest skolei nieosiągalne. Ściśle jednak rzecz biorąc, za szczelnem zaszywaniem powłok w przypadkach, gdzie niema ku temu przeciwwskazań, przemawiają nie tylko zestawienia, wykazujące dobre wyniki lecznicze, lecz i zmniejszenie ogólnej śmiertelności operacyjnej. Uderza ono zwłaszcza w zestawieniach autorów zaszywających szczelnie jamę brzuszną, zestawieniach, obejmujących wszystkie przypadki rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, sączkowane i niesączkowane. Zestawienia autorów polskich niewiele niestety pod tym względem dostarczają materjału.

Z rozpraw XXVI Zjazdu Chirurgów Polskich w roku 1931 wynika, że śmiertelność operacyjna w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego przedstawia się następująco: *Michejda* w 26 sączkowanych przypadkach otrzymał 50% śmiertelności. *Nowakowski* w 199 przypadkach — 26,5%, *Sławiński* w 8 — 25%, *Dengel* w 85 przypadkach — 33%. W zestawieniu *Jurasza,* obejmującem 97 przypadków, z których tylko połowa była sączkowana, śmiertelność wynosi 29,8%. *Ostrowski* oblicza wspólnie śmiertelność 402 sączkowanych przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej i 297 przypadków ograniczonych ropni okołowyrostkowych na 15,6%. *Tonenberg* w 12 przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, w których zaszył powłoki szczelnie, oblicza śmiertelność operacyjną na 16,5%, *Kossakowski* zaś w 61 tego rodzaju przypadkach, dotyczących dzieci, — na 31,3%. W zestawieniach autorów obcych śmiertelność waha

się od 11 do 87,5%, zależnie od postępowania.

Zdaniem *Michejdy* tak znaczna rozpiętość odsetki śmiertelności pochodzi prawdopodobnie stąd, że niektórzy autorzy zbyt pochopnie zaliczają swych chorych do grupy rozlanych zapaleń otrzewnej. Przy zapaleniu otrzewnej uzyskujemy bowiem z reguły złe wyniki lecznicze, przyczem wyników tych nie można odnieść do tego, czy innego postępowania, lecz raczej do zbyt późnego kierowania chorych do szpitala. *Dengel* natomiast jest zdania, że rozmiary powikłań ze strony brzucha zależne są nietylko od rozległości zakażenia, wieku chorego, jego odporności, oraz zjadliwości drobnoustrojów, powodujących zakażenie, lecz — co nader ważne — od sposobu postępowania chirurga. *Glatzel* sączkuje jamę brzuszną w tych tylko przypadkach, w których pozostają w jamie brzusznej niepokryte ubytki otrzewnej, ogniska zgorzelinowe, względnie, jeżeli chodzi o niepewny szew jelitowy, ropnie i krwawiące powierzchnie. Dużą zaś ilość przypadków sączkowanych w podanej statystyce (37% ogólnej liczby przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego) tłumaczy tem, że spotykano wiele ropni okołowyrostkowych i że w latach dawniejszych zbyt często uciekano się do sączka, jako zabezpieczenia przed powikłaniami. *Ostrowski* sączkował 598 spośród 1472 przypadków ostrego zapalenia wyrostka i tylko u 44 chorych zaszył brzuch szczelnie, pomimo zgorzeli wyrostka. *Sławiński* sączkował jamę brzuszną w 55% przypadków, *Dengel* w 41%.

Wszystkie te zestawienia pochodzą z przed lat pięciu i prawdopodobnie dziś przedstawiałyby się inaczej. W naszym materjale sączkowaliśmy jamę brzuszną tylko u 49 spośród 320 chorych, t. j. w 1/7 (15%) wszystkich przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, mimo iż w 105 przypadkach (u 1/3 chorych) zapalenie to było powikłane ropniem okołowyrostkowym, (28 przypadków, t. j. 9%), względnie rozlanem zapaleniem otrzewnej (77 przypadków, t. j. 24%). Spośród 56 przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, w których zaszyliśmy jamę brzuszną szczelnie, zmarło 4 chorych, t. j. 7,14%; spośród 21 sączkowanych przypadków zmarło 10, t. j. 47,6%. Ogólna śmiertelność we wszystkich 77 przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej wynosi więc 18,4%.

Cyfry te są względnie niskie, to też zdecydowanie przemawiają na korzyść szczelnego zaszywania jamy brzusznej w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej. Zgadza się to z opinją szeregu autorów, którzy dawniej zawsze sączkowali jamę brzuszną we wszystkich przypadkach ropnego zapalenia otrzewnej, obecnie zaś jaknajczęściej starają się zaszywać szczelnie powłoki. Autorzy ci podkreślają wybitne obniżenie się śmiertelności operacyjnej od czasu zmiany postępowania.

Wreszcie ogólna śmiertelność we wszystkich 320 operowanych przez nas przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego wynosi 6,25%. Jest ona stosunkowo wysoka, jeśli się ją porówna z innemi zestawieniami, w szczególności z przedstawionemi na Zjeździe w roku 1931:

Glatzel	na 2596	przypadków	oblicza	śmiertelność	na	5,4%.
Michejda	„ 330	„	„	„	„	6,6%.
Ostrowski	„ 1472	„	„	„	„	7,84%.
Nowakowski	„ 2097	„	„	„	„	3,3%.
Srokowski	„ 189	„	„	„	„	6,8%.

Sławiński	„	124	„	„	„	„	2,3%.
Jakimiak	„	110	„	„	„	„	3,6%.

Kaliniewicz w pierwszym okresie na 156 przypadków oblicza śmiertelność na 6,4%, w drugim natomiast, przy szczelnem zaszywaniu powłok, na 49 przypadków — 2%.

Uzyskana przez nas wysoka stosunkowo ogólna śmiertelność operacyjna, mimo niskiej śmiertelności przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, tłumaczy się wielką ilością przypadków zaniedbanych. Tylko 43,7% chorych było operowanych w pierwszym dniu choroby, 28,2% — w drugim, 17,5% — w trzecim 3,7% — w czwartym, 2,1% — w piątym, 4,8% — w siódmym; jeden wreszcie przypadek dopiero w drugim tygodniu choroby. Jak już wspomniałem, trzecia część przypadków była powikłana miejscowem, względnie ogólnem ropnem zapaleniem otrzewnej. Z zestawienia naszego wynikałoby dalej, że przypadki z ograniczonym ropniem okołowyrostkowym dają większą niemal śmiertelność operacyjną, niż te spośród przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej, w których możemy zaszyć jamę brzuszną szczelnie. Według zestawienia *Glatzla* odsetka śmiertelności po samym tylko otwarciu ropnia okołowyrostkowego w 252 operowanych przypadkach wyniosła 11,5%; według *Michejdy* na 18 przypadków — 16,5%. W naszym materjale śmiertelność w 7 przypadkach po samem tylko otwarciu ropnia okołowyrostkowego wyniosła 28,5%; w 21 przypadkach, w których przy usuwaniu wyrostka otwarto niewielki ropień w miejscu jego przedziurawienia — 9,5%. Jeśli więc mimo tak dużej ilości zaniedbanych przypadków otrzymaliśmy 6,25% ogólnej śmiertelności operacyjnej, to niewątpliwie zawdzięczamy to szczelnemu zaszywaniu brzucha i małej ilości przypadków sączkowanych.

Szczelne zaszywanie jamy brzusznej w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej zdobyło już sobie prawo obywatelstwa i ma coraz liczniejszych zwolenników. Dla tych, na szczęście już dziś nielicznych chirurgów, którzy nigdy niemal nie są pewni założonych szwów i podwiązek i z tego względu z reguły sączkują jamę brzuszną, nietylko po zeszyciu przedziurawionego wrzodu żołądka w pierwszych godzinach po przedziurawieniu, lecz nawet w większości przypadków wykonanego w warunkach jałowych wycięcia żołądka wprowadzają do brzucha sączek lub dren gumowy, pragnąc uchronić w ten sposób chorego przed następstwami rozejścia się szwów kikuta dwunastnicy, względnie sączkują przestrzeń podwątrobową po każdem podsurowicówkowem usunięciu woreczka żółciowego z obawy przed zesunięciem się podwiązek z kikuta przewodu woreczkowego, chociażby w jednym przypadku na tysiąc,—szczelne zaszywanie jamy brzusznej w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej nadal będzie uważane za zabieg conajmniej ryzykowny. O zupełnem zwycięstwie tej metody, stanowiącej w dobie obecnej największy bodaj przewrót w chirurgji jamy brzusznej, zadecydują znów, jak zwykle, cyfry. Nastąpi to tem wcześniej, im częściej będziemy się dzielić każdem, najmniejszem nawet doświadczeniem klinicznem.

Wprawdzie w końcowej dyskusji XXVI Zjazdu Chirurgów Polskich w roku 1931 przeciwnicy szczelnego zaszywania jamy brzusznej w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej twierdzili zgodnie, że ani uzyskane wyniki, ani rozprawy zjazdowe nie przekonały ich o tem, że postępowanie ich jest niewłaściwe i nie sprowadzą ich z drogi, jaką dotąd kroczyli. Rozległy się słuszne głosy, że należy dążyć

do podniesienia odsetki operacyj wczesnych, a tem samem obniży się odsetka chorych operowanych w okresie rozlanego zapalenia otrzewnej, i wyniki ogólne ulegną poprawie. Jest to niewątpliwie sposób automatycznego obniżenia się śmiertelności spowodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, sposób jednak nie jedyny i niezupełnie pewny. Niepewny, gdyż przypadki zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego nadal zdarzać się będą zawsze i wszędzie, mimo najdalej posuniętego uświadomienia lekarzy i publiczności o konieczności jaknajwcześniejszego leczenia operacyjnego. Obniżenie śmiertelności ogólnej w ostrem schorzeniu wyrostka robaczkowego, a w szczególności w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, uzyskamy tylko szczelnie zaszywając jamę brzuszną u tych wszystkich chorych, u których nie znajdujemy szczególnych ku temu przeciwwskazań. Otrzymane przez nas cyfry śmiertelności w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, w których zaszyliśmy szczelnie jamę brzuszną, świadczą o tem aż nadto wymownie. Dla tych, którzy nie wierzą w cyfry, niechaj wystarczy przynajmniej to, co podniósł *Glatzel,* że śmiertelność po całkowitem zaszywaniu powłok nie wzrosła, że chorzy o wiele lżej przechodzą okres pooperacyjny, że gojenie się rany jest szybsze i mniej bolesne, a powikłania rzadsze, co nietylko możemy w zupełności potwierdzić, lecz nawet podnieść do superlatywów. Tego zaś rodzaju zdania, jak jedno z wypowiedzianych na Zjeździe, że nie należy obawiać się sączkowania brzucha, ergo sączkować go kiedy i ile się zechce, winny raz na zawsze zniknąć z piśmiennictwa. Do szczelnego zaszywania powłok brzusznych w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej doszliśmy po wielotysięcznych smutnych doświadczeniach klinicznych, nie wolno o tem zapominać i szkodzić choremu tam, gdzie mu możemy dopomóc.

Aczkolwiek szczelne zaszywanie jamy brzusznej w wielu przypadkach, gdzie doniedawna sączkowano brzuch, stanowi jedną z największych zdobyczy chirurgji lat ostatnich, nie rozwiązuje ono jednak niestety ostatecznie sprawy leczenia operacyjnego wszystkich zaniedbanych przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Uzyskane przez nas cyfry śmiertelności (28,5% we wszystkich przypadkach sączkowanych, a 47,6% w sączkowanych przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego), świadczą o dużych lukach dotychczasowego lecznictwa. Musimy jeszcze dążyć do uzyskania skutecznych sposobów opanowania sprawy zapalnej otrzewnej u chorych, którym nie możemy zaszyć szczelnie powłok brzusznych.

RÉSUMÉ.

Sur la fermeture complète de la paroi abdominale dans les péritonites diffuses d'origine appendiculaire.

par Dr. S. **Kranz.**

L'auteur est partisan de la fermeture complète de l'abdomen après appendicectomie dans tout cas de péritonite diffuse d'origine appendiculaire, exception faite de ceux, où une infiltration inflammatoire de la paroi du caecum fait craindre la possibilité d'une perforation et par consequent la formation d'une fistule stercorale. Pour les cas restants d'appendicite aigüe il n'y a indication pour le drainage, qu'en cas d'ouverture d'un abcés periappendiculaire et dans les cas—exceptionnels d'ailleurs—où après l'enlèvement de l'appendice il s'établit une hémorrhagie etendu de surface. S'appuyant sur 320 cas operés d'appendicite aigüe, l'auteur considère la fer-

meture complète du ventre dans les péritonites diffuses, comme une de plus grandes conquêtes de la chirurgie moderne. Cette conquête est le résultat des tristes expériences cliniques de la chirurgie d'hier. Il ne nous faut pas perdre de vue le principe, que là, où nous pouvons aider le malade, il n'est pas permis de l'endommager. Cette méthode ne résoud pas cependant le problème de la thérapeutique des appendicites aigües negligées. Il nous faut encore trouver des moyens efficaces pour dominer le processus inflammatoire chez tous ces malades, chez lesquelles nous ne trouvons plus les conditions pour faire la fermeture complète du ventre.

PIŚMIENNICTWO POLSKIE.

L. Tonenberg. O zaszywaniu doszczętnem powłok brzusznych w ropnem zapaleniu otrzewnej. Polski Przegląd Chirurgiczny, t. VI. z. 2, 1927. *Z. Dziembowski.* Drenowanie w chirurgji brzusznej. Nowiny Lekarskie, z. 8, 1919. *Rozprawy* XXVI Zjazdu Chirurgów Polskich. Polski Przegląd Chirurgiczny, t. X., z. 2/3, 1931. *J. Zaorski.* Leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci. Sprawozdanie z działalności Warszawskiego Szpitala dla dzieci za rok 1931/2. *A. Wojciechowski.* Sączkowanie jamy brzusznej. Polski Przegląd Chirurgiczny, t. XII., z. 6, 1934. *J. Kossakowski.* Szczelne zaszywanie jamy brzusznej w zakażeniach otrzewnej u dzieci. — Polski Przegląd Chirurgiczny, t. XIV., z. 6., 1935.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z Kliniki chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. *T. Ostrowski.*

W sprawie techniki operacyj wytwórczych przełyku.

podali

Prof. Dr. H. Hilarowicz i Dr. E. Michałowski.

W interesującym referacie, wygłoszonym na posiedzeniu Tow. Chir. Warszawskich 18 marca 1935, zajmuje się *Butkiewicz* sprawą operacyj wytwórczych przełyku, przedstawiając swój przypadek i zaznaczając, że nie znalazł w piśmiennictwie polskim przypadku operowanego sposobem *Roux - Lexera.* Niedawno ogłosiliśmy dwa takie przypadki w piśmiennictwie francuskim. *(Presse Méd. Nr. 34, 25.IV. 1936).*

W obecnej pracy chcemy zająć się szerzej techniką tych operacyj, których wynik ostateczny zależy od właściwego rozplanowania aktów operacyjnych i dużej ilości drobnych szczegółów technicznych.

Doświadczenie nasze opiera się łącznie na 5 przypadkach, z których 3 nie zostały ukończone.

Na wstępie zaznaczyć należy, że za metodę z wyboru uważamy sposób *Roux-Lexera,* polegający na utworzeniu sztucznego przełyku, częściowo ze skóry, częściowo z jelita cienkiego.

Pierwotny sposób, podany przez *Roux,* który usiłował zastąpić przełyk wyłącznie zapomocą jelita cienkiego, uważamy praktycznie za nieosiągalny. Aby uzyskać odcinek odpowiedniej długości, trzeba wyłonioną pętlę wyprostować, co mimo przepisowego podwiązywania naczyń upośledza odżywienie, a w następstwie prowadzi bądź do zgorzeli i zakażenia, bądź do jałowego zaniku i wessania pętli. Powikłanie takie spostrzegaliśmy w dwóch przypadkach. Również i znaczniejsze napięcie skóry w górnych okolicach przedmostkowych

upośledza odżywienie pętli, przemieszczonej pod skórę.

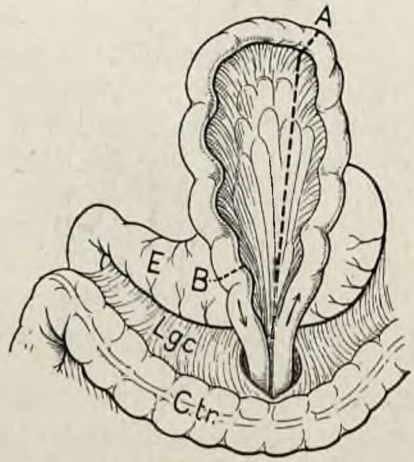
Utworzenie pierwszej części sztucznego przełyku ze skóry nie wpływa ujemnie na jego późniejsze czynności: mięśnie gardzieli szybko przepychają pokarmy przez rurę skórną.

Radiografje sztucznych przełyków wykazują zatrzymywanie się treści kontrastowej dopiero w dolnych odcinkach, gdzie ruch robaczkowy wyłączonej pętli wspomaga wybitnie posuwanie się treści pokarmowej.

Zabezpieczenie dobrego odżywienia wyłączonej pętli powinno być główną troską operatora. Mając to na uwadze, wprowadziliśmy do metody *Roux - Lexera* pewne zmiany, które szerzej tutaj omówimy. Zaznaczyć jeszcze należy, że przed przystąpieniem do właściwej plastyki należy założyć przetokę żołądkową sposobem *Kadera*, możliwie daleko ku lewej stronie ciała.

Pierwszy akt plastyki przebiega w następujący sposób: po otwarciu jamy brzusznej w linji środkowej i dokładnem obejrzeniu żołądka, wybiera się najbardziej ruchomą pętlę jelita czczego. Przy akcie tym należy po podniesieniu okrężnicy poprzecznej ku górze postępować od więzadła Treitza i wybrać tę pętlę jelita, która da się bez napięcia wyciągnąć z jamy brzusznej i sięga swym szczytem powyżej wyrostka mieczykowatego do poziomu przyczepu chrząstek żebrowych. Po takiem „przymierzeniu" pętli zapomocą próbnego przemieszczenia, przeciąga się jelito przez dość obszerny otwór w krezce okrężnicy i więzadle żołądkowo - okrężniczem, układając pętlę w ten sposób, aby ramię odprowadzające leżało po stronie prawej, doprowadzające zaś po lewej. Należy uważać, by naczynia krezkowe nie ulegały zagięciom lub skrętom. Tak wyłoniona pętla leży swobodnie na przedniej ścianie żołądka.

Następuje podwiązywanie i przecinanie naczyń krezkowych wzdłuż linji, biegnącej bliżej ramienia doprowadzającego (linja kreskowana uwidoczniona na schematycznym rys. 1). W ten sposób pozostają nie-



Rys. 1.

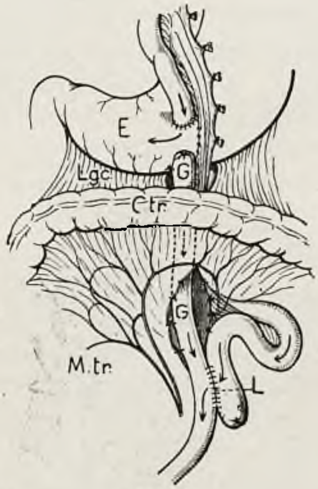
tknięte duże i mocne arkady, odżywiające przyszłą część jelitową przełyku.

Następnie w miejscu oznaczonem literą A na rys. 1 jelito zostaje przecięte pomiędzy dwiema podwiązkami, a oba kikuty zaopatrzone przez wgłobienie i pozostawienie długich nitek, jako cugli. Część doprowadzająca zostaje wciągnięta spowrotem poniżej poprzecznicy przez szczelinę w krezce.

Następuje przywrócenie drożności przewodu pokarmowego przez zespolenie boczne ramienia doprowadzającego z odprowadzającem. (Rys. 2, L). Przy akcie tym należy zwrócić uwagę na stan odżywienia odcinka cofniętego do jamy brzusznej, obserwując jego wygląd i tętnienie naczyń krezkowych. Jeżeli zachodzi podejrzenie, że odżywienie jest niedostateczne, należy wykonać resekcję niepewnej końcowej części.

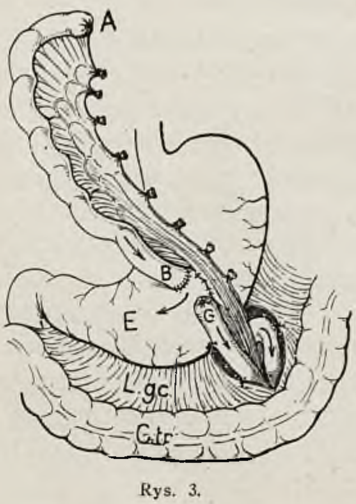
Dopiero po tym akcie następuje przecięcie ramienia odprowadzającego wyłonionej pętli na wysokości żołądka w miejscu B na rys. 1, zamknięcie końca odpro-

wadzającego przez wgłobienie, oraz zespolenie odcinka przeznaczonego na przełyk z żołądkiem, koniec do boku. (Rys. 2 i 3, B).



Rys. 2.

Odcinek odprowadzający nie zostaje ściągnięty wdół przez szparę w krezce, lecz pozostaje in situ, umocowany do brzegów szpary kilkoma szwami węzełkowymi. Służy on niejako za oparcie dla delikatnej szypuły krezkowej, zatykając sobą szczelinę i uniemożliwiając przedostanie się przez nią wolnych pętli i następowe ich uwięzgnięcie. (Rys. 2 i 3). Przy pozo-



Rys. 3.

stawieniu ogołoconej szypuły naczyniowej, którą trudno było dokładnie przyszyć do brzegów szczeliny, widzieliśmy w dwóch przypadkach takie powikłanie.

Uważamy za niecelowe, a nawet szkodliwe i niebezpieczne wyprostowywanie naturalnych zagięć wyłączonej pętli, aby zyskać na długości. Wymagało by to bowiem dodatkowego podwiązywania naczyń krezki, czego ze względu na odżywienie jelita należy bezwzględnie unikać. Fakt, że odcinek jelitowy jest przez to względnie krótszy, nie ma dla plastyki sposobem *Roux-Lexera* większego znaczenia. Tylko zapewnienie odpowiedniego ukrwienia powinno być decydujące. Pozatem wyłączone jelito leży luźno w tkance podskórnej, co ułatwia późniejsze połączenie go z kanałem skórnym.

Przy zeszywaniu powłok zakłada się na otrzewnę i powięź szwy węzełkowe, unikając zaciskania pętli wyłonionej w otworze otrzewnej. Do brzegów zaś tego otworu umocowuje się jelito kilkoma cienkimi szwami węzełkowymi.

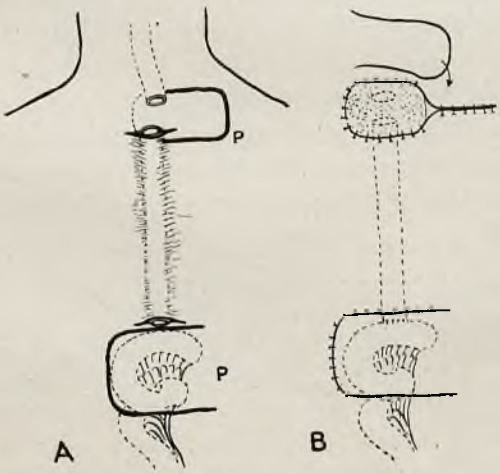
Przed zeszyciem skóry brzucha podminowuje się na tępo skórę w okolicy wyrostka mieczykowatego i mostka, przygotowując obszerne łożysko dla wyłonionej pętli. Przez małe nacięcie na szczycie kieszeni podskórnej wciąga się pętlę jelita przy pomocy pozostawionych na jej końcu nitek jedwabnych.

W razie pomyślnego przebiegu pooperacyjnego przystępujemy po 14 dniach do dalszego aktu operacyjnego, t. j. utworzenia kanału skórnego. W tym celu prowadzimy dwa równoległe cięcia, biegnące od okolicy stawu mostkowo-obojczykowego aż do okolicy szczytu wyłonionej pętli. Szerokość tego pasma skórnego powinna wynosić około 8 cm. Po częściowem odpreparowaniu uszypułowanego w górze i w dole płata, zeszywamy jego brzegi szwami węzełkowymi. Nie pozostawiamy w zeszytej rurze skórnej drenu. Powierzchnię krwawą kanału pokryć można w pewnych przypadkach, np. u wychudzonych kobiet, odra-

zu przez uruchomienie skóry po obu stronach kanału skórnego i zeszycie brzegów ponad nim. U mężczyzn pokrycie to natrafia na trudności, wobec tego najwłaściwsze jest pokrycie następowe płatkami Thierscha.

Dalszym aktem operacyjnym jest połączenie kanału skórnego z jelitem. Wsuniętą pod skórę pętlę odsłaniamy, tworząc szeroki płat skórny, uszypułowany z boku, oraz odświeżając dolny koniec wewnętrznego kanału skórnego. Uruchomienie jelita jest łatwe, gdyż surowicówka bardzo luźno zrasta się z otaczającą tkanką podskórną i nie zatraca swego charakteru.

W jednym z naszych przypadków wykonaliśmy zespolenie, wszywając koniec wewnętrznej rury skórnej do otworu podłużnego w bocznej ścianie kiszki dwuwarstwowym szwem w rodzaju *Lembert-Alberta*. Zespolenie zostało pokryte uprzednio odpreparowanym płatem, którego brzegi zeszyto ze skórą, pokrywającą od zewnątrz wewnętrzny kanał skórny (rys. 4).



Rys. 4.

W następnym dopiero akcie następuje odsłonięcie przełyku i wytworzenie przetoki całkowitej poprzecznej. Po otwarciu bocznem przełyku łatwo bowiem powstają zwężenia, pozatem nie wykorzystuje się całkowicie działania mięśni gardzieli, tak ważnego dla przesuwania pokarmów przez sztuczny przełyk. Przełyk odsłaniamy w sposób typowy z cięcia na przednim brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego po stronie lewej. Po ostrożnem oddzieleniu i uruchomieniu nieraz znacznie rozdętego przełyku wyłania się go do poziomu skóry. Nie otwieramy przełyku, lecz utrzymujemy go w tem położeniu przy pomocy podłożonej gazy jodoformowej przez przeciąg kilku dni, celem zabezpieczenia przed zapaleniem śródpiersia. Przecięcie przełyku następuje po 6 — 8 dniach stopniowo, przyczem przednią ścianę zeszywa się z brzegami skóry. Koniec dośrodkowy zamknął się w naszym przypadku samoistnie.

Po wgojeniu się przetoki przełykowej można zakładać dren, łączący przełyk z kanałem skórnym aby ułatwić odprowadzanie śliny i przyzwyczaić chorych do pobierania pokarmów drogą naturalną.

W ostatnim wreszcie akcie następuje ostateczne połączenie przełyku z kanałem skórnym. Duży, boczny, prostokątny płat skórny, uszypułowany w okolicy obu otworów, odpreparowuje się od podłoża i obraca powierzchnią krwawą na zewnątrz. Brzegi zeszywa się z odświeżonymi brzegami skóry względnie przełyku po stronie prawej. Płat ten zostaje przykryty drugim płatem skórnym, który najlepiej pobrać z okolicy mięśnia kapturowego (rys. 4).

Podaną powyżej kolejność poszczególnych aktów operacyjnych ustaliliśmy na podstawie własnych doświadczeń.

Wyłanianie i przygotowanie pętli jelita uważać należy za najważniejszy a zarazem najryzykowniejszy akt całej plastyki. Długość odcinka wyłonionego zależy również i od indywidualnych stosunków. Do niej musi być też dostosowany w dalszym akcie kanał skórny.

Odsłonięcie i otwarcie przełyku odkładamy do ostatniego okresu plastyki, z tego powodu, że ślina, wylewająca się z przetoki, drażni i utrudnia gojenie się rany. Stosując zaś kolejność, podaną powyżej, stwarzamy najdogodniejsze warunki gojenia.

Wiele trudu i czasu wymaga zamknięcie małych przetok, które pojawiają się wzdłuż przebiegu kanału skórnego, szczególnie przy zespoleniach skórno-przełykowych i skórno-jelitowych. Powodem ich są miejscowe martwice brzegów skórnych i przy szwach. Dlatego przy tworzeniu kanału skórnego i łączeniu go z jelitem względnie przełykiem należy unikać jakiegokolwiek napięcia, pobierając do plastyki zdrowy, dobrze odżywiony i obfity materjał skórny.

Przy zamykaniu powstałych już przetok pamiętać należy, że zwykłe zeszycie odświeżonych brzegów rzadko prowadzi do celu i wymaga najczęściej plastycznego pokrycia uszypułowanymi płatami skóry.

Pozostają do krótkiego omówienia inne metody operacji wytwórczej przełyku.

W jednym z pierwszych operowanych u nas przypadków utworzono cały przełyk ze skóry sposobem *Birchera,* ponieważ jelito wyłonione bez opisanych wyżej ostrożności uległo martwicy. Plastyka tego rodzaju posiada dwie ujemne strony: połączenie skóry bezpośrednio z żołądkiem natrafia na duże trudności, gdyż w miejscu tem powstają bardzo uporczywie zwężenia, w czem niemałą rolę odgrywa działanie soku żołądkowego oraz dążność ścian żołądka do samoistnego zamknięcia się. Przełyk wyłącznie skórny ma skłonność do workowatego rozszerzania się w swej dolnej części. W worku tym zalegają czas pewien pokarmy połknięte. Natomiast u chorych operowanych sposobem *Roux-Lexera* jelito wspomaga czynnie opróżnianie się tego odcinka, pozatem utrudnia cofanie się soku żołądkowego do rury skórnej.

Tworzenie przełyku z całego żołądka *(Kirschner)* przedstawia zbyt wielkie ryzyko operacyjne. Odnosi się to również, choć w mniejszym nieco stopniu, do metod typu *Vulliet'a* i t. p.

Bardziej celowe wydają się metody znane pod nazwą stomacho-ezofagoplastyki. Niektóre z nich, jak np. metoda *Rutkowskiego,* wykazały w praktyce swą wartość. Pewna odmiana operacji tego typu opracowana została doświadczalnie przez jednego z nas.

Zasadniczą zaletą tych operacyj jest znaczne uproszczenie całej operacji wytwórczej.

Pod względem czynnościowym dają wytwórcze operacje przełyku wyniki zupełnie zadawalniające. Oba ukończone u nas przypadki odżywiają się normalnie od kilku lat.

Odpowiednie wczesne leczenie zwężeń przełyku znacznie ogranicza wskazania do operacyj wytwórczych, istnieją jednak przypadki, gdzie zabieg ten stanowi jedyne wyjście i umożliwia choremu współżycie.

Z Oddziału urologicznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Zastosowanie pompy ssącej do operacji kamicy nerkowej oraz uwagi w sprawie techniki operacyjnej.

podał

Doc. Dr. Stanisław Laskownicki.
Ordynator oddziału.

W leczeniu kamicy nerkowej powinniśmy starać się postępować w miarę możności zachowawczo. Nie należy za wcześnie i zbyt pochopnie przystępować do operacji, pamiętać bowiem powinniśmy o tem, że usuwając kamień z narządu moczowego, nie usuwamy w zupełności samej choroby ani jej przyczyny, lecz usuwamy jedynie, i to może nie na długo, bolesne następstwa podstawowego schorzenia. Pamiętać musimy także, że wiele kamieni odchodzi po pewnym czasie drogą naturalną, jak również o tem, że nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć, czy nie nastąpi po jakimś czasie nawrót cierpienia. To też należy się dobrze zastanowić przed wykonaniem zabiegu, czy jest on bezwzględnie wskazany, czy nie byłoby korzystniejsze dla chorego wstrzymanie się z operacją jeszcze na jakiś czas. Należy wziąć pod uwagę i to, że nie możemy nigdy przewidzieć, jaki będzie przebieg operacji. Zdarza się przecież, że operujący nie może odnaleźć w nerce kamienia i wówczas po bezskutecznem długiem szukaniu albo rezygnuje z odnalezienia kamienia i pozostawia go w nerce, albo usuwa wraz z kamieniem nerkę, często dość jeszcze wartościową pod względem czynnościowym. Zdarzają się także różne powikłania podczas wykonywania tych, czasem bardzo trudnych zabiegów, jak przypadkowe zranienie naczyń nerkowych, głębokie pęknięcie kruchego miąższu nerkowego, lub trudne do opanowania krwawienia, które zmuszają niekiedy operującego do usunięcia nerki. Mając to wszystko na względzie, powinniśmy bardzo ostrożnie stawiać wskazania operacyjne i operować tylko wtedy, gdy to jest konieczne. Natomiast w przypadkach, gdzie kamień zamyka zupełnie odpływ moczu z miedniczki, gdzie sprawa się przewleka i grozi powstaniem wodonercza, lub gdzie dołącza się zakażenie, grożące zupełnem zniszczeniem nerki, tam wreszcie, gdzie ciągłe ataki bolów i krwawienia uniemożliwiają choremu życie i wykonywanie zajęć zawodowych, nie należy długo zwlekać, lecz uwolnić jaknajprędzej chorego od cierpień zapomocą zabiegu, częstokroć prostego i łatwego.

Nie należy zwłaszcza zbyt długo zwlekać z zabiegiem operacyjnym w przypadkach kamicy nerkowej, powikłanej zakażeniem, wiemy bowiem o tem doskonale, że w tych przypadkach kamień powiększa się dość szybko w miedniczce, tworzą się inne kamienie w kielichach nerkowych, a wówczas wobec utrudnienia odpływu zakażonego moczu z nerki, następuje szybko zupełne zniszczenie nerki i utworzenie się roponercza.

Nie należy też oczekiwać odejścia kamienia, który, chociaż stosunkowo niewielki, daje jednak na kliszy rentgenowskiej gęsty, wysycony cień o brzegach ostrych i nierównych, a więc o charakterystycznym obrazie kamienia ze szczawianu wapnia, i powoduje ciągłe bóle i krwawienia. Wiemy z doświadczenia, że tego rodzaju kamienie, o ile nawet opuszczą miedniczkę, prawie zawsze ulegają uwięźnięciu w moczowodzie, sprawiając przy usuwaniu ich, zwłaszcza z dolnego odcinka moczowodu, znaczne trudności operacyjne.

Pewną 11-letnią dziewczynkę byłem zmuszony trzykrotnie operować w ciągu dwu lat. Zgłosiła się przed dwoma laty z dwoma kamieniami, z których jeden tkwił w dolnej części lewego moczowodu, drugi w miedniczce lewej. Przy pierwszym zabiegu usunięto kamień z moczowodu, w trzy miesiące później usunięto kamień z miedniczki, a przed pięciu miesiącami usunięto znów duży kamień szczawianowy z lewej miedniczki. W przypadku tym powodem nawrotu było prawdopodobnie lekkie rozszerzenie oraz utrzymujący się lekki stan zapalny miedniczki lewej. Zdaje się, że zastosowane ostatnio płókania miedniczki 1%-owym roztworem lapisu, które usunęły szybko zakażenie, poprawią także kurczliwość miedniczki i zapobiegną nawrotowi cierpienia. Jak z tego wynika, następowe leczenie po operacji, mające na celu usunięcie przewlekłych stanów zapalnych miedniczki nerkowej, jest rzeczą dużej wagi.

Jeżeli zabieg operacyjny okazał się konieczny, chodzi w pierwszym rzędzie o przeprowadzenie go z jaknajmniejszem uszkodzeniem miąższu nerkowego; z drugiej strony nie powinniśmy się nigdy ograniczać tylko do usunięcia kamienia z miedniczki, ale starać się koniecznie usunąć także wszelkie drobne kamyczki i piasek, tkwiący w kielichach nerkowych. Że pozostawienie podczas operacji małych ilości piasku nerkowego w nerce może spowodować w dość krótkim czasie po operacji bardzo niemiłe powikłania, świadczy następujący przypadek:

Chory J. P. lat 38 zgłasza się z objawami lewostronnej kamicy nerkowej zakażonej (dreszcze, wysoka gorączka, gwałtowne ataki kolki nerkowej). Zdjęcie rentgenowskie wykazuje kamień wielkości fasoli w miedniczce lewej, oraz drobne kamyczki i piasek w kielichu dolnym nerki lewej. Nerka prawa wydziela barwik podany dożylnie po trzech minutach dobrym prądem i o dobrem wysyceniu, nerka lewa nie wydziela zupełnie do 15′. Nerka lewa powiększona i bardzo bolesna przy obmacywaniu.

Podczas operacji, wykonanej w czasie trwania napadu, a więc w czasie dość niekorzystnym do wykonania zabiegu (w tym okresie nerka jest zawsze silnie powiększona, obrzękła, o kruchym miąższu), okazało się po usunięciu kamienia z miedniczki i częściowem usunięciu piasku z dolnego kielicha (**pyelotomia posterior**), że reszta piasku tkwi głęboko w drobnych rozgałęzieniach kielicha dolnego. Pomimo wykonania nacięcia kielicha przez dolny biegun (**nephrocalicotomia**) nie udaje się usunąć piasku w zupełności ani palcem, wprowadzonym przez miedniczkę do kielicha, ani tępą łyżeczką. Zupełne rozcięcie nerki uznałem za niewskazane ze względu na ciężki stan chorego, kruchość miąższu i znaczne przedłużenie czasu trwania takiego zabiegu. Zdjęcie, wykonane w 4 tygodnie po operacji, wykazuje, że pozostało nieco drobnego piasku głęboko w miąższu dolnego bieguna nerki; powiedziałem choremu, że piasek taki tkwi latami w rozgałęzieniu dolnego kielicha, nie sprawiając zazwyczaj dolegliwości. W półtora roku później drobne te odłamki piasku skleiły się w kamień, który przewędrował z kielicha do miedniczki, stamtąd do moczowodu i po szeregu gwałtownych ataków kolki nerkowej utkwił w dolnym odcinku moczowodu, powodując zupełne zamknięcie odpływu moczu z nerki i objawy zakażonego wodonercza. Na szczęście założenie cewnika moczowodowego i pozostawienie go na trzy dni w moczowodzie lewym spowodowało odejście kamienia do pęcherza, gdzie go zmiażdżono.

Jak widzimy z opisu tego przypadku, pozostawienie nawet drobnej ilości piasku w nerce może wywołać w stosunkowo krótkim czasie dość przykre i groźne dla chorego następstwa. To też powinniśmy się starać podczas operacji usunąć w zupełności znajdujące się w nerce drobne kamyczki i piasek nerkowy. Usunięcie drobnych kamyczków z kielichów napotyka czasem na wielkie trudności, a jeszcze większe trudności spotykamy przy usuwaniu drobnych kamyczków, tkwiących głęboko w rozgałęzieniach kielicha. Usunięcie ich drogą najprostszą przy pomocy tępej łyżeczki lub kleszczyków, wprowadzonych przez miedniczkę do kielicha, przeważnie nie udaje się, trzeba je usunąć przez drobne nacięcie miąższu nerki. Czasem i ten sposób operacyjny zawodzi: pomimo, że palec, wprowadzony do miedniczki, styka się z palcem wprowadzonym do kielicha przez nacięcie nerki, usunięcie drobnych kamyczków napotyka czasem na niemożliwe do pokonania trudności. Pozatem zabieg ten nie cieszy się wielką popularnością z następują-

cych względów: 1) każde nacięcie miąższu nerki może powodować silne i trudne do opanowania krwawienie, 2) opanowanie krwawienia szwami w kształcie litery U, lub szwami materacowymi uszkadza część miąższu nerkowego i powoduje powstanie w tem miejscu blizny.

Inny sposób operacyjny, t. zw. rozszerzone nacięcie miedniczki, polecany przez *Mariona*, polegający na tem, że cięcie w miedniczce przedłużamy na miąższ nerkowy, ma też swe niedogodności. Przedewszystkiem musimy przeciąć przy tym zabiegu tętniczkę, biegnącą poprzecznie na tylnej powierzchni miedniczki, niemal na granicy miąższu nerki *(art. retropyelitica)*. Następstwem tego jest silne krwawienie z przeciętej tętniczki i naciętego miąższu nerki; opanowanie tego krwawienia sprawia niekiedy wielkie trudności. Jeszcze większe trudności spotykamy w przypadkach, gdzie zmuszeni jesteśmy operować albo podczas napadu kolki, albo w niedługi czas po niej. W tych razach miąższ nerki jest zwykle bardzo kruchy i zbyt silne zaciąganie szwów powoduje przecięcie tkanek i nowe krwawienie; za słabe natomiast ściąganie szwu nie tamuje krwawienia.

Polecane przez niektórych autorów t. zw. sekcyjne rozcięcie nerki powinno mieć zastosowanie raczej w przypadkach dużych, rozgałęzionych w kształcie korala kamieni, wypełniających całkowicie miedniczkę i kielichy. W tych przypadkach czasem tylko w ten sposób możemy usunąć kamień; zabieg przebiega w tych razach o tyle łatwiej, że wskutek przewlekłych zmian zapalnych w nerce, miąższ jej jest nieco stwardniały, zbity, ukrwienie gorsze, warstwa miąższu często znacznie cieńsza i wskutek tego założenie szwów, ściągnięcie ich i zatamowanie krwawienia łatwiejsze.

Ostatnio duże usługi oddało mi w tamowaniu takich krwawień przeszczepianie wolnego płata mięśniowego do miąższu nerki. Bliższe szczegóły, wyniki takiego postępowania oraz opis dalszych losów mięśnia przeszczepionego do nerki podam na innem miejscu.

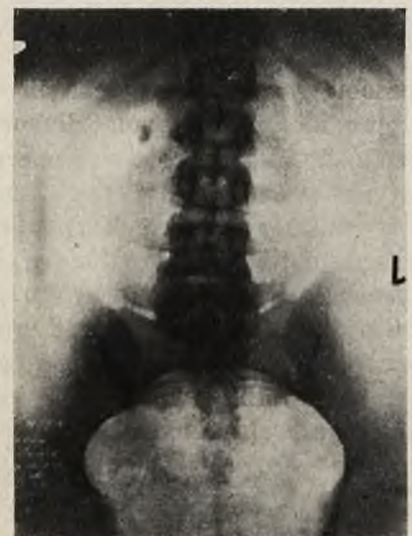
Te niedogodności i powikłania podczas zabiegu sprawiają, że wielu operatorów niechętnie wykonuje nacięcie miąższu nerkowego, starając się usunąć odłamki kamieni drogą przez otwartą miedniczkę. W tym celu stosowane są różne sposoby. Jednym z nich jest wprowadzenie do kielicha przez miedniczkę grubego cewnika Nélatona i wypłókiwanie odłamków i piasku silnym prądem wody. Sposób ten jednak budzi pewne zastrzeżenia. Przedewszystkiem nie zawsze udaje się wypłókać odłamki tkwiące głęboko w kielichach, przeciwnie silny prąd wody może je wpędzić jeszcze głębiej. Pozatem budzi również zastrzeżenia możliwość wykonania tego zabiegu jałowo. W przypadkach zakażonych przy tym sposobie wypłókujemy zakażony piasek do rany, a to może wywołać długotrwałe ropienie. W dodatku całe pole operacyjne oraz serwety, otaczające ranę, zostają zalane wodą, może to więc spowodować przedostanie się drobnoustrojów wgłąb rany ze skóry chorego. By temu zaradzić okrywaliśmy ściśle nerkę dookoła szypuły wygotowanemi pieluszkami gumowemi albo ceratką Billrotha. Sposób ten jednak nie okazał się praktyczny.

Doskonałe natomiast usługi w tych przypadkach dało nam zastosowanie odpowiednio wygiętej, cienkiej, tępej nasadki, połączonej z pompą ssącą. Przy użyciu odpowiedniej nasadki i przy odpowiednio silnem działaniu ssącem pompy okazało się, że jest to doskonały sposób usuwania drobnych kamieni i piasku z kielichów nerkowych. Znacznie lepsze przytem okazało się użycie pompy wodnej, której działanie jest silniejsze i łatwiejsze do regulowania przez większe lub mniejsze odkręcenie kurka wodociągowego, niż pompy o napędzie elek-

trycznym, gdzie trudno jest wzmocnić jej działanie. Zabieg ten jest łatwy, prosty, można go wykonać delikatnie, nie uszkadzając błony śluzowej kielicha, pozatem postępowanie takie jest zgodne z zasadami aseptyki, nie powoduje bowiem zakażenia rany operacyjnej, jak to może mieć miejsce przy przepłókiwaniu kielichów silnym prądem wody.

Przytaczam opis historji choroby przypadku, w którym ten sposób zastosowano z pełnem powodzeniem:

Chora J. R. lat 35 cierpi od dwu lat na często powtarzające się ataki po stronie prawej. Nerka prawa powiększona, wyraźnie macalna pod łukiem żebrowym, bolesna. Chromocystoskopja: pęcherz i ujścia moczowodów bez zmian, lewa nerka wydziela barwik (indygo) po 5' silnym prądem i o dobrem wysyceniu, prawa nerka nie wydziela barwika do 15', ujście prawe wykonuje skurcze bez efektu wydzielniczego.



Zdjęcie rentgenowskie wykazuje, że chora cierpi na kamicę nerkową obustronną. Po stronie lewej widzimy na zdjęciu kamień wielkości ziarna fasoli, tkwiący głęboko, prawdopodobnie w kielichu średnim; cień kamienia leży na cieniu 12-tego żebra. Po stronie prawej tkwi w miedniczce nerkowej kamień wielkości ziarna bobu, oprócz tego widzimy 3 drobne kamyczki w kielichu górnym nerki tuż nad cieniem 12-tego żebra. Pozatem narządy wewnętrzne bez zmian.

W uśpieniu morfinowo - eterowem odsłonięto nerkę prawą. Nerka prawa powiększona, miedniczka rozdęta zalegającym moczem. Po uwolnieniu nerki ze zrostów wyłoniono ją, nakłuto miedniczkę cienkim trójgrańcem, połączonym z pompą ssącą, i opóźniono z zalegającego moczu; następnie nacięto miedniczkę po stronie tylnej (**pyelotomia posterior**) i usunięto z łatwością kamień. Kielichy nerkowe lekko rozszerzone; koniec 5-tego palca wprowadzonego przez miedniczkę do kielicha górnego wyczuwa drobne kamyczki, nie udaje się ich jednak usunąć ani specjalną tępą, giętką łyżeczką, ani giętką łyżeczką okienkowatą. Wobec tego wprowadzono przez miedniczkę do kielicha tępą, cienką, wygiętą nasadkę, połączoną z pompą ssącą wodną. Po puszczeniu silnego prądu wody usunięto zupełnie łatwo wszystkie 3 kamyczki; jeden z nich wypadł na pole operacyjne, drugi utkwił w zewnętrznym otworze nasadki. Miedniczkę zeszyto szwami węzełkowymi, do rany włożono sączek gumowy, sięgający okolicy miedniczki i zeszyto warstwowo ranę operacyjną z pozostawieniem otworu dla przepuszczenia sączka. Rana zgoiła się przez rychłozrost. Zdjęcie rentgenowskie, wykonane w trzy miesiące po operacji, nie wykazuje kamyków w nerce prawej, chora nie ma żadnych dolegliwości, obie nerki wydzielają podany dożylnie barwik po 4' silnym prądem i o dobrem wysyceniu. W rok po operacji stan ten sam, kamień w nerce lewej nie zmienił swego położenia i nie powoduje bólów, chora czuje się dobrze, mocz bez zmian.

Jak widzimy z opisu przypadku, zastosowanie pompy ssącej okazało się doskonałym środkiem do usunięcia w sposób delikatny, jałowy i pewny kamieni, tkwiących w kielichu nerkowym, bez potrzeby nacinania miąższu nerkowego. W piśmiennictwie urologicznem nie spotkałem wzmianki o stosowaniu takiej techniki. Wynik, uzyskany w moim przypadku, pozwala sądzić, że zastosowanie w odpowiednich przypadkach podanego sposobu przyczyni się do usprawnienia techniki operacyjnej usuwania kamieni nerkowych.

Sprzęt techniczny w leczeniu spraw urazowych.

Kończyna górna.

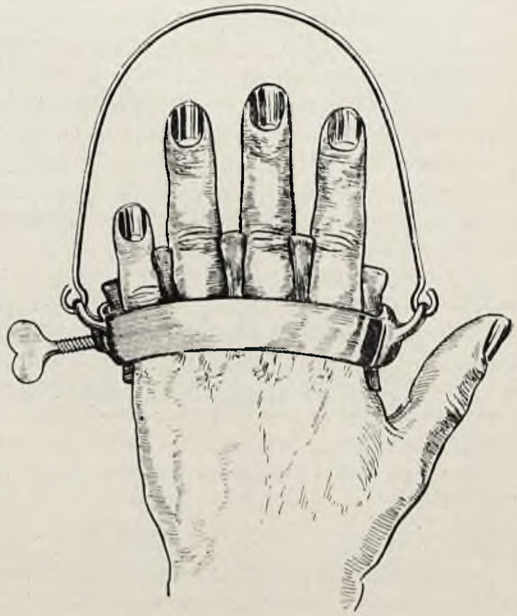
APARAT WYCIĄGOWY PRZEDRAMIENIA.

Przyrząd ten (rys. 1) oddaje wielkie usługi przy nastawianiu typowych złamań kości promieniowej, zwichnięć kości garstka, złamań trzonów kości przedramienia oraz zwichnięć główki kości promieniowej. Składa się on z ramy metalowej, na której jest wmontowane urządzenie wyciągowe (uchwyt ręki, zawieszony na stalowej lince,



Rys. 1.
Aparat D-ra T. Sokołowskiego

przerzuconej przez bloczki i nawijanej na szpulkę zapomocą korbki z zapadką) oraz przeciwwyciąg. Działanie uchwytu ręki, w którym palce są uszczelnione klinami z masywnej gumy, wyjaśnia rys. 2. W przypadkach powikłanych zranieniem ręki lub palców, w których zastosowanie uchwytu jest utrudnione, można przewiercić przez kości paliczków drut wyciągowy i napiąć go klamrą (rys. 3).



Rys. 2.

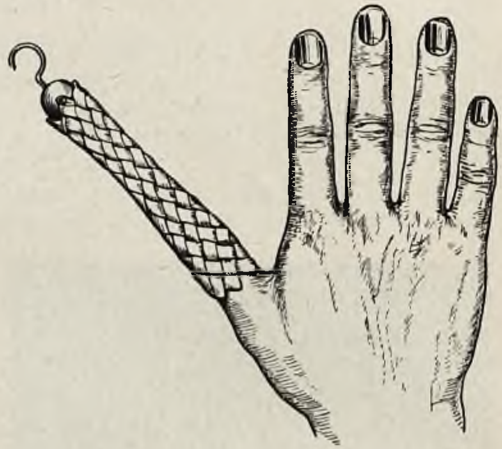
Zastosowanie tego aparatu umożliwia silny, równomierny wyciąg przedramienia, przytem zapadka o drobnych skokach pozwala go dawkować



Rys. 3.

wolno i stopniowo; wyciąg taki nie wymaga wysiłku ze strony lekarza, umożliwia dobre nastawienie złamania, a po wklinowaniu, uzyskanem przez lekkie zmniejszenie wyciągu, można bez przeszkód unieruchomić kończynę szyną gipsową bez asysty; dopiero po zupełnem stwardnieniu gipsu zdejmuje się kończynę z wyciągu. Podczas działania wyciągu przedramię jest dostępne ze wszystkich stron dla przenośnego aparatu rentgenowskiego, wobec czego nastawianie może odbywać się pod ekranem. Podczas nastawiania pacjent leży na stole opatrunkowym, co jest bardzo dogodne, gdyż zabieg może odbywać się w uśpieniu; w razie omdlenia, które czasem może mieć miejsce przy zabiegach na kończynie w znieczuleniu miejscowem, pozycja leżąca jest również znacznie mniej kłopotliwa.

Celem zastosowania wyciągu poszczególnych palców, np. przy nastawianiu złamań 1. kości śródręcza typu Benneta, używamy w Instytucie, użyczonych przez d-ra Garbienia *koszyczków wyciągowych* splecionych z włókien palmowych, które są wyrabiane w różnych rozmiarach. Koszyczek taki wsuwamy głęboko na palec, poczem ciągniemy go (na aparacie wyciągowym przedramienia) za haczyk umocowany na końcu koszyczka. Uchwyt palca jest bardzo mocny i pozwala na zastosowanie silnego wyciągu (rys. 4).



Rys. 4.

Po zwolnieniu wyciągu i ściśnięciu koszyczka w kierunku jego długiej osi, daje się on z łatwością zdjąć z palca.

SZYNA RAMIENIA.

Do unieruchomienia kończyny górnej w odwiedzeniu używa się szyny odwodzącej. Mamy do wyboru dwa jej rodzaje: uniwersalną szynę aluminjową (typ Böhlera zmodyfikowany), przymocowywaną do tułowia zapomocą trzech pasów (rys. 6) albo szynę zbudowaną z szyn kramerowskich (rys. 7). Dokładny opis sposobu nakładania szyny odwodzącej podał w Nrze 1. „Chirurga Polskiego" dr. Skorko.

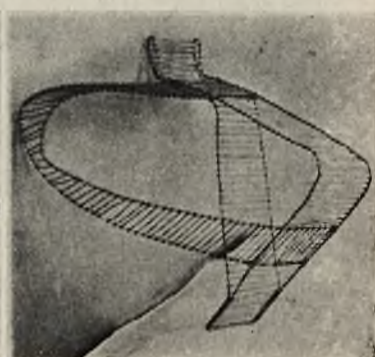
Wskazania do użycia szyny odwodzącej stanowią: złamania trzonu lub szyi kości ramiennej, urazy stawu barkowego oraz cięższe urazy kończyny górnej, którym towarzyszy obrzęk.



Rys. 5.



Rys. 6.



Rys. 7.

SZYNA CZTEROPALCOWA DO UNIERUCHOMIENIA RĘKI I PALCÓW.

Do unieruchomienia ręki w przypadkach złamań kości śródręcza i palców, jakoteż zranień, zwłaszcza powikłanych uszkodzeniem ścięgien, używa się czteropalcowej szyny, sporządzonej z drutu aluminjowego. Drut aluminjowy o średnicy przekroju 3 mm. jest dostatecznie miękki, by bez

trudności wyginać go ręką celem wymodelowania, ale i dość sztywny, by stanowił podparcie dla palców. Sporządza się zeń czteropalcową szynę, przedstawioną na rys. 5. Następnie owija się szkielet opaską gazową, a u podstawy — gipsową, uzyskując szynę gotową do użycia; dobrze jest mieć zawsze w zapasie kilka szyn przygotowanych zawczasu. Szyna ta różni się od podanej przez Böhlera przedewszystkiem tem, że unieruchamia nie poszczególne palce, a całą dłoń (z wyjątkiem kciuka), zaś wskutek wzmocnienia gipsem jest solidniejsza i zapewnia lepsze unieruchomienie; ma to znaczenie szczególnie wtedy, gdy się ma do czynienia z przypadkiem licznych naraz uszkodzeń ręki. Jeśli zachodzi potrzeba unieruchomienia również i kciuka, można wymodelować dodatkowo osobne ramię aluminjowe dla kciuka i dogipsować do szyny.

Umocowanie szyny do przedramienia i dłoni odbywa się zasadniczo z użyciem grzbietowej szyny gipsowej, którą nakłada się na przedramię i grzebiet dłoni, poczem obie szyny, dłoniową szynę czteropalcową i grzbietową szynę gipsową, przymocowuje się do przedramienia i ręki zapomocą okrężnej opaski gipsowej, po nadaniu szynie palców odpowiedniego wygięcia, dostosowanego do takiego ustawienia dłoni i palców, w jakiem należy je unieruchomić. Palce unieruchamia się na szynie zapomocą okrężnych pasków przylepca. Wyciąg drutowy za opuszkę palców stosuje się rzadko, wyłącznie przy rozległych uszkodzeniach palców, uniemożliwiających zastosowanie przylepca. Szynę palców można nałożyć również po stronie grzbietowej, jeśli zranienia dotyczą dłoniowej powierzchni ręki.

W przypadkach ran w obrębie palców lub dłoni, po wycięciu pierwotnem i zeszyciu ran, zawsze należy unieruchomić rękę zapomocą opisanej szyny. Na rany nie kładzie się opatrunku, pokrywa się je tylko warstwą dermatolu z jodyną, a od zetknięcia z otoczeniem ochrania się zapomocą podwójnej warstwy gazy, rozpiętej na szkieleciku z drutu aluminjowego, wgipsowanego do całości opatrunku. Takie postępowanie umożliwia w każdej chwili oględziny rany, oszczędzając przytem bólu, jaki powstaje przy odrywaniu przyschłego opatrunku, ułatwia transpirację skóry i wysychanie wydzieliny przyrannej, a łącznie ze stałem dobrem unieruchomieniem, wpływa dodatnio na przebieg gojenia się rany.

H. Ciszkiewicz.

[1]) Aparat wyciągowy przedramienia i uniwersalną szynę odwodzącą wyrabia firma A. Mann, (Warszawa, pl. Małachowskiego 2) drut aluminjowy nabyć można w firmie „Polthap" (Warszawa, Pańska 83) w cenie 5.30 zł. za 1 kg., zaś koszyczki wyciągowe w firmie Eskulap (Katowice).

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Wprowadzamy nowy dział, „Skrzynkę świetlną", w celu przedstawiania przypadków klinicznych: w tym dziale będziemy podawać nadesłane zdjęcia rentgenowskie, wzgl. fotografje wraz z krótkimi komentarzami.

W najbliższym zeszycie wprowadzimy także skrzynkę techniki operacyjnej.

Redakcja.

Rys. 1.

Dr. D. Szenkier (Warszawa). Przypadek skrzyżowanego przemieszczenia nerki lewej. Na zdjęciu (urografja dożylna) widać zarysy miedniczki nerki prawej, brak natomiast zarysów dróg moczowych po stronie lewej. Poniżej uwidocznionej tenebrilem miedniczki nerki prawej zaznacza się okrągły cień, na bocznej stronie tego cienia widać prawy moczowód, omijający łukowato ten cień.

Rys. 2.

Ten sam przypadek, obraz po wykonaniu pyelografji wstępującej; przez cewnik moczowodowy, wprowadzony do ujścia lewego moczowodu, wstrzyknięto około 40 cm^3 25% Na Br. Widać, jak cień moczowodu, który początkowo idzie do góry, przechodzi łukowato na prawą stronę ciała i łączy się z dużym cieniem w prawym dole biodrowym. Rozpoznanie: lewostronne wodonercze, umiejscowione w prawym dole biodrowym w miejscu odpowiadającem cieniowi na zdjęciu poprzedniem.

Rys. 3.

Dr. D. Szenkier (Warszawa). Przypadek prawostr. roponercza z olbrzymiem rozszerzeniem moczowodu, w dolnym odcinku którego, rozszerzonym w postaci uchyłka, znajduje się kilka dużych kamieni. Zarysy dróg moczowych po stronie lewej prawidłowe. (Pyelografja wstępująca obustronna, Na Br 25%).

Rys. 4.

Doc. Dr. St. Laskownicki (Lwów). Pyelografja wstępująca nerki lewej: widać cewnik, tkwiący w moczowodzie; moczowód w górnej części wykazuje rozszerzenie; miedniczka kształtu tulipana rozszerzona, kielichy nierozszerzone (pyelectasia maj. gradus).

Wynik operacji: Nerka wielkości dużego orzecha włoskiego z całkowitem zniszczeniem miąższu, którego przekrój wynosił zaledwie ⅓ cm. Chory był operowany z rozpoznaniem zakażonego wodonercza. Rozpoznanie pooperacyjne: wodonercze nerki z wrodzoną wadą rozwojową (niedorozwojem, Zwergniere niem. aut.).

Rys. 5.

Doc. Dr. J. Zaorski (Warszawa). Chora skierowana z rozpoznaniem bąblowca płuca. Badanie (w szpitalu SS. Elżbietanek) nie dało podstaw ani do potwierdzenia, ani do odrzucenia rozpoznania pierwotnego (Weinberg —, Casoni +). Wykonano dwuczasowy zabieg i wydobyto guz stałej konsystencji, który anatomo-patologicznie rozpoznano jako: neurofibroma sarcomatodes pigmentosum, partim xanthomatosum.

Rys. 6 i 7.

Dr. M. Kowalewski (Warszawa). Przypadek przepukliny przeponowej prawostronnej.

Dnia 22.II. r. b. zgłosił się chory B. M. celem prześwietlenia płuc spowodu okresowych bólów umiejscowionych w dolnej części prawej połowy klatki piersiowej. Podczas prześwietlenia płuc stwierdzono oprócz starych zmian swoistych jamę wielkości pomarańczy, położoną w dolnej części płuca prawego w sąsiedztwie kąta przeponowo-sercowego, bliżej przedniej ściany klatki piersiowej. Zarysy tej jamy były nieregularne i przypominały segmentowane zarysy okrężnicy. Rozpoznano przepuklinę przeponową prawostronną. Dla uzupełnienia rozpoznania zbadano dodatkowo przewód pokarmowy. Przebieg okrężnicy (patrz zał. zdjęcia) okazał się następujący: zgięcie wątrobowe położone bardzo nisko, poniżej brzegu talerza biodrowego. Od zgięcia wątrobowego okrężnica przebiega łukowatą linją, uwypukloną na lewo ku górze do kąta przeponowo-sercowego prawego, ponad zarysem przepony; w obrębie jamy opłucnowej tworzy ostre zgięcie i kieruje się w dół w stronę lewego talerza biodrowego. Okrężnica w swym przebiegu do góry przechodzi między przednim łukiem żeber i wątrobą, odsuwając ją ku tyłowi.

Umiejscowienie pętli okrężnicy ponad zarysem przepony w obrębie jamy opłucnowej prawej potwierdziło poprzednio postawione rozpoznanie przepukliny przeponowej.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość przepukliny prawostronnej.

Rys. 8 i 9.

Dr. K. Kessel (Warszawa). Przypadek wyleczenia zastarzałego złamania kości łódkowatej ręki długotrwałem unieruchomieniem.

Chora H. K. lat 25 po upadku na rękę prawą zaczęła doznawać dolegliwości okolicy nadgarstka, zwłaszcza przy ruchach. Z zawodu maszynistka; po dłuższem pisaniu na maszynie występował obrzęk po stronie grzbietowej nadgarstka i zwiększenie bolesności.

Leczona okładami, wcieraniem płynów i maści, lecz bez widocznej poprawy. Stan ten trwał przeszło rok. Badanie rentgenologiczne potwierdziło wynik badania objektywnego: złamanie kości łódkowatej ręki (widoczna szpara złamania). Nałożono na okres 4 miesięcy opatrunek gipsowy, dobrze wymodelowany od podstawy palców, ujmujący śródręcze, nadgarstek i przedramię, z pozostawieniem swobody zginania palców. Zdjęcie kontrolne po trzech miesiącach stwierdziło wytwarzanie się zrostu. Zdjęcie, wykonane w rok po leczeniu, wykazuje zagęszczenie struktury kości w miejscu złamania, czyli mocną konsolidację.

Chora obecnie może spełniać swe czynności biurowe maszynistki. Przypadek ten dowodzi, że nawet zastarzałe, nierozpoznane we właściwym czasie złamanie kości łódkowatej ręki, można wyleczyć, podobnie jak świeży przypadek, długotrwałem unieruchomieniem.



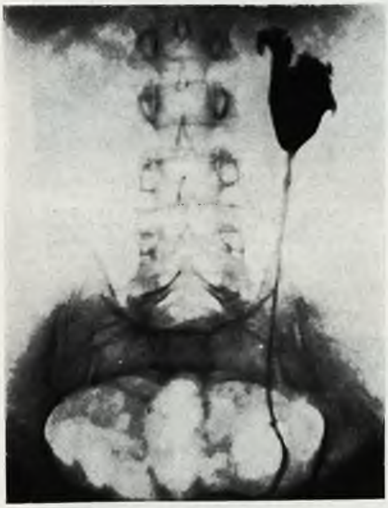
Rys. 1.



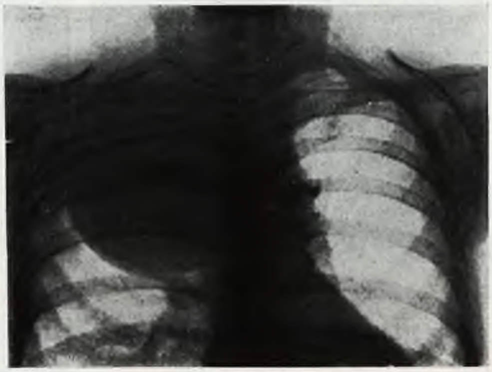
Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.



Rys. 5.



Rys. 8.



Rys. 6.

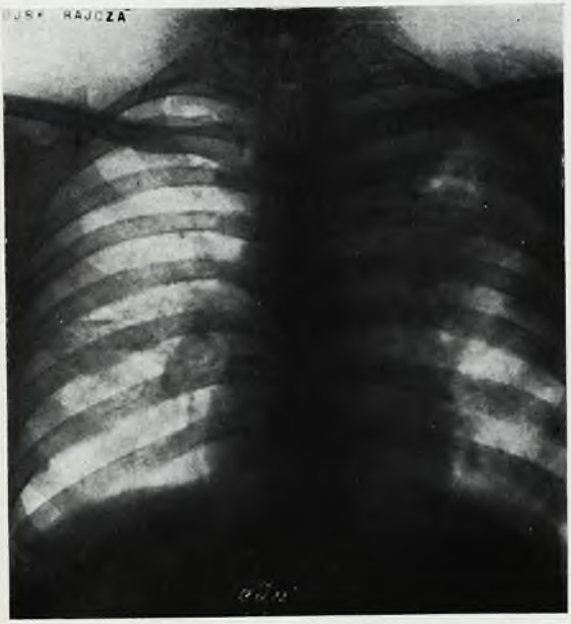


Rys. 7.



Rys. 9.

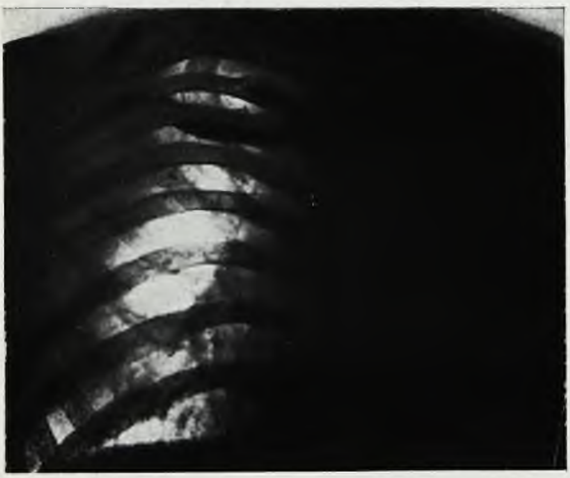
Dr. M. Telatycki (Otwock): Chory W. S. l. 32. Przypadek nacieku płata płucnego górnego lewego z dużą jamą podobojczykową. Serja zdjęć w ciągu 4 lat leczenia (10. IX. 32 — 7. VIII. 36).



Rys. 1. Na zdjęciu widać naciek całego górnego płata i dużą jamę pod obojczykiem oraz kilka innych mniejszych jam.



Rys. 2. Ten sam przypadek w 7 mies. później: mimo odmy sztucznej jama nie została uciśnięta, ponieważ, jak widać wyraźnie na zdjęciu, trzyma ją szeroki błoniasty zrost napinający ścianę jamy w postaci uchyłka (stan stwierdzony wziernikowaniem)), wobec czego już po dokonaniu pleuroskopji odstąpiono od zamiaru przepalenia zrostu, natomiast założono otok olejowy.



Rys. 3. Stan w dwa lata po założeniu otoku olejowego: prawie całe pole płucne zacienione otokiem olejowym, stan ogólny doskonały, nie prątkuje od półtora roku wobec czego postanowiono usuwać stopniowo oliwę.



Rys. 4. Zdjęcie płuc w 13 miesięcy później: płuco powoli rozpręża się, nie wykazując ani śladów jamy, ani spostrzeganego poprzednio zrostu. W dole pola płucnego resztki parafiny gomenolowej. Stan ogólny w dalszym ciągu doskonały i zupełnie bezobjawowy. Pacjent pracuje bez przerwy od 2 lat.

ZJAZDY I POSIEDZENIA

IV Zjazd Naukowy Oficerów Służby Zdrowia odbędzie się pod przewodnictwem Gen. D-ra *St. Roupperta,* w Warszawie w dn. 7 — 9 stycznia 1937 (gmach Kasyna Garnizonowego, Al. Szucha). Program Zjazdu przedstawia się, jak następuje:

I dzień Zjazdu. (7 stycznia)

I posiedzenie ogólne, rano: 1) Dur plamisty i walka z nim. Referent płk. dr. *J. Babecki,* koreferenci: doc. dr. *G. Szulc,* mjr. dr. *J. Zwierz,* doc. dr. *F. Przesmycki* i ppłk. dr. *A. Malinowski.* 2) Współczesne metody leczenia ran. Referent płk. dr. *T. Sokołowski,* koreferent dr. *S. Guzman:* (O współczesnych metodach biologicznego i fizykalnego leczenia ran).

II posiedzenie ogólne ,popołudniu: 1) Zagadnienie zmęczenia w wojsku. Referent gen. dr. *S. Rouppert.* 2) Stan przemysłu krajowego, a zaopatrzenie armji w materjał sanitarny. Ref. ppłk. mgr. *T. Pastecki,* koref. dr. *H. Mierzecki.*

II dzień Zjazdu. (8 stycznia)

Podajemy referaty i komunikaty tylko z dziedziny chirurgji:

Grupa I. rano:

Leczenie operacyjne gruźlicy płuc. Ref. płk. dr. *T. Sokołowski* i mjr. dr. *M. Telatycki.* Koreferenci: dr. *G. Nowotny* (Technika torakoplastyki) i dr. *Z. Świder* (Wyniki stosowania zabiegu wyrwania nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płatów górnych).

Grupa I. popołudniu:

Metody leczenia urazów i złamań w świetle materjału Instytutu Chirurgji Urazowej. Ref. płk. dr. *T. Sokołowski.* Koreferenci: mjr. dr. *H. Ciszkiewicz* i kpt. dr. *J. Skorko.*

Przetaczanie krwi konserwowanej. (kpt. dr. *W. Marat).* Zranienia serca (mjr. dr. *J. Korczakowski).* O ustaleniu wartości tylnej ściany torby sieciowej, jako materjału autoplastycznego przy zaopatrywaniu kikuta dwunastnicy (dr. *A. Abdański).* Rzut oka na postępy chirurgji (kpt. dr. *T. Ryll).*

Grupa II, popołudniu:

Sterylizacja materjału opatrunkowego (kpt. mgr. *S. Brzeziński).*

Dnia 9 stycznia odbędzie się zwiedzanie szpitali i zakładów lekarskich.

Zgłoszenia uczestników w Zjeździe należy nadsyłać najpóźniej do dnia 20 grudnia. Opłatę za uczestnictwo w kwocie 5 zł. należy wpłacać na konto P. K. O. Nr. 30.121. Sekretarjat Zjazdu mieści się przy ul. Górnośląskiej 45, tel. 9.73-57.

IX Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w dniach 2 — 10 VI. 1937 r. w *Bukareszcie.* Ustalono następujące tematy obrad:

1) Organizacja i funkcjonowanie służby zdrowia w działaniach połączonych sił zbrojnych, lądowych i morskich (referują: *St. Zjednoczone* i *W. Brytanja.)*

2) Transport, umieszczanie w szpitalach i leczenie rannych zagazowanych (referują: *Niemcy, Z. S. S. R. i Jugosławia.)*

3) Organizacja i funkcjonowanie służby chirurgicznej w wojskach zmotoryzowanych (referują: *Hiszpanja i Rumunja.)*

4) Użycie metod kolorymetrycznych przy analizach w laboratorjach (referują: *Japonja* i *Szwajcarja.)*

5) Bezzębni w wojsku. Określenie. Leczenie. Protezowanie. Użycie w wojsku w czasie pokoju i wojny (referują: *Grecja* i *Holandja.)*

6) Studjum porównawcze zaopatrywania w żywność i żywienia chorych i rannych w czasie pokoju i w czasie wojny (referują: *Francja* i *Turcja.)*

SPRAWOZDANIE

z VI Międzynarodowego Zjazdu Urologów. Wiedeń, 9 — 12 września 1936.

We wrześniu r. b. odbył się w Wiedniu VI Międzynarodowy Zjazd Urologów z udziałem kilkuset lekarzy całego świata. Po wstępnem przemówieniu prof. *Legueu* (Paryż) jako wiceprzewodniczącego Międzynarodowego Towarzystwa Urologów, uroczystego otwarcia Kongresu dokonał Prezydent Rzeczypospolitej Austrjackiej. Po przemówieniach powitalnych Ministra Oświaty, Wiceprezydenta m. Wiednia i in. przystąpiono do obrad naukowych Zjazdu, któremu przewodniczył przez cały czas prof. *Blum* (Wiedeń).

Pierwszy temat główny dotyczył leczenia schorzenia rakowatego gruczołu krokowego. Pierwszy referent *Hryntschak* (Wiedeń) omówił na zasadzie 39 przypadków (spośród 500 operowanych prostatyków) powstawanie raka gruczołu kroko-

wego z punktu widzenia anatomo-patologicznego, wskazując na tylną część otoczki, jako na początkowy punkt wyjścia guza. Drugi referent *C. A. Nitch* (Anglja) jest zwolennikiem leczenia konserwatywnego raka prostaty, polegającego na stosowaniu rentgenoterapji, dającej 6% wyleczenia lub radu, ale w większych ilościach, po których wyniki są lepsze, gdyż dały dotychczas na materjale referenta (wprawdzie niedużym) 28% wyleczenia. Leczenie zachowawczo - chirurgiczne polega na założeniu przetoki pęcherzowej, przeszczepieniu moczowodów do kiszki lub elektroresekcji, którą w połączeniu z umiejętnem stosowaniem radu *Nitch* uważa w przyszłości, jako metodę wyboru, szczególnie w przypadkach zatrzymania moczu wskutek raka dookoła szyjki pęcherza. Wskutek nieobecności trzeciego referenta, prof. *Oreja* z Hiszpanji (San Sebastian), generalny sekretarz Kongresu *Hryntschak* odczytał streszczenie referatu, w którym *Oreja*, mówiąc o radykalnych metodach operacyjnych raka prostaty, wskazuje na metodę kroczową, mającą więcej zwolenników, niż operacja drogą nadłonową. *Oreja* twierdzi, że schorzenie jest za późno rozpoznawane i dlatego radzi badać w każdym przypadku prostatę u mężczyzny, który przekroczył 50 rok życia.

Po referatach wyłoniła się obszerna dyskusja. Jako pierwszy zabrał głos *Keyes* (N. York), który jest zwolennikiem leczenia radem drogą kombinowaną przez krocze i ponad spojeniem łonowem. *Illyes* (Budapeszt) przedstawił statystykę leczonych i operowanych przez niego chorych, z której wynika, że wśród 287 przypadków, u których dokonana była prostatektomia z powodu objawów t. zw. przerostu prostaty w 27-miu okazał się rak. Prelegent zapatruje się zasadniczo pesymistycznie na wyniki leczenia w porównaniu z wynikami otrzymanymi w leczeniu raków innych narządów. *Pasteau* (Paryż) już w samej prostatektomji widzi początek walki przeciw schorzeniu rakowatemu, a przy pewnej diagnozie jest przeciwnikiem wszelkich zabiegów chirurgicznych. *Chauvin* (Francja) zakłada na 8 — 10 dni rad przez krocze. *Gaudy* (Belgja) operował i leczył 41 przypadków różnemi metodami i przychodzi do pesymistycznych wniosków, mówiąc otwarcie, że gdyby miał raka prostaty, dałby zrobić sobie tylko cystostomję i zażywałby opium. *Oekonomos* (Ateny) radzi stosować u chorych, nienadających się do operacji, injekcje domięśniowe prolanu, po których giną bóle, a ogólne samopoczucie chorych ulega poprawie. *Morsan* (Anglja) ma złe wyniki po stosowaniu radu. *Bugbee* (Ameryka) stosuje rad i rentgenoterapję. *Chevassu* (Paryż) stosuje dla celów rozpoznawczych uretrografję za pomocą wstrzykiwania lipjodolu dla odróżnienia schorzenia rakowatego prostaty od przewlekłego zapalnego stanu gruczołu. *Zinner* (Wiedeń) radzi stosować proteinoterapję (injekcje) dla odróżnienia stanu zapalnego od raka gruczołu. Trochę optymizmu do dyskusji wniósł swym przemówieniem *Wildbolz* (Szwajcarja), który w 65 przypadkach dokonał operacji drogą kroczową i ze względu na otrzymane wyniki nie radzi jednakże odstępować od leczenia operacyjnego. *Hryntschak* (Wiedeń) wskazał na nowoczesną metodę dietetycznego leczenia raków podług systemu Freunda-Kaminera, polegającą m. in. na zwalczaniu wytwarzającego się u tych chorych w przewodzie pokarmowym specjalnego kwasu („Carcinomfettsäure"). *Blatt* (Wiedeń) jest zdania, że u każdego 5-go — 8-go pacjenta z przerostem gruczołu krokowego następuje nowotworowa przemiana prostaty. *Smith* (Ameryka) przedstawił stosunkowo pomyślne wyniki na zasadzie 53 przypadków operowanych metodą *Joung'a*. *Lasio* i *Bruni* (Italia) wskazują na negatywne wyniki leczenia radem. *Van den Branden* (Belgja) radzi jaknajprędzej operować w przypadkach podejrzanych („Adenome suspect"). W dyskusji przemawiali jeszcze: *Colston* (Ameryka), *Irwin* (Anglia), *Teposu i Marinescu* (Rumunia), *Rainoldi* (Rzym), *Kneise* (Niemcy), *Lichtenstern* (Wiedeń) i *Edwin Beer* (N. York).

Drugi dzień Zjazdu poświęcony był następnemu tematowi głównemu: „O ropieniach tkanki nerkowej". Pierwszy referent *Cabot* (Ameryka) poruszył kwestję zakażenia nerki na drodze krwiobiegu; mianowicie u 46 chorych na zapalenie gardła, jamy ustnej lub uszu w stanie podgorączkowym był badany mocz, wzięty cewnikiem, oraz dokonano analizy krwi, przyczem pacjenci nie mieli żadnych objawów chorobowych ze strony nerek; w 32 przypadkach stwierdzono mikroskopowo obecność drobnoustrojów, a w 18 za pomocą hodowli, która u 2 chorych wykazała obecność streptokoków. W miąższu nerkowym i w korze znajdują się pierwotne ogniska ropne, z których tworzą się ropnie. W przypadkach bardzo ostrych i w razie obecności ropnia *Cabot* jest zwolennikiem zabiegu operacyjnego, pozatem radzi zachować się wyczekująco i stosować leczenie zachowawcze. Drugi referent *Illyes* (Budapeszt) odróżnia 3 formy schorzenia ropnego: 1) ropne zapalenie nerek oraz tzw. karbunkuł nerki; 2) ropne zapalenie miedniczek i 3) roponercze. Zastój moczu prowadzi do zakażenia przez drogi moczowe, a zapalenie wyrostka robaczkowego lub organów kobiecych prowadzą do rozszerzenia się infekcji dro-

gami chłonnemi. Trzeci referent *Necker* (Wiedeń) dzieli ropnie nerki na 2 grupy: 1) pierwotne ograniczone ropnie tkanki nerkowej i 2) wtórne ropnie miedniczki i nerki. W razie stwierdzenia ograniczonych ropni w celu uniknięcia rozszerzania się sprawy *Necker* radzi wcześnie robić dekapsulację. Wtórne ropnie wymagają przed powzięciem decyzji terapeutycznej znalezienia punktu wyjścia infekcji oraz dokładnego zbadania czynności nerek.

Po wygłoszeniu referatów, jako pierwszy w dyskusji przemawiał *Roseno* (Niemcy), który na zasadzie doświadczeń przeprowadzonych u zwierząt, uważa injekcję środków antyseptycznych wprost do odsłoniętej a. renalis u chorego za jedynie skuteczny sposób zwalczania zakażenia ropnego nerki. Radykalniej postępuje *Dos Santos* (Lizbona), który przy zapaleniach ropnych zastrzykuje 1% rozczyn merkurochromu do aorty brzusznej zapomocą parawertebralnej punkcji i ma w wielu przypadkach dobre wyniki. *Paschkis* (Wiedeń) mówi o 2 obserwowanych przez siebie przypadkach t. zw. „ropni ambulatoryjnych", które przez dłuższy czas nie dawały żadnych objawów chorobowych. *Chevassu* (Paryż)dokonał wycięcia nerki w jednym przypadku stosunkowo rzadkiego zakażenia prątkiem błękitnoropnym, pokazał również szereg zdjęć pyelograficznych, dokonanych w celach rozpoznawczych. *Hortholomei* (Rumunia) stosuje z powodzeniem injekcje szczepionek, niekiedy wykonywa nefrotomję. *Nichon* (Paryż) uważa dekapsulację nerki za wystarczający częstokroć zabieg, a w przypadkach ropnia kory robi nacięcie i stosuje szczepionki. *Zinner* (Wiedeń) zwraca uwagę na doniosłe znaczenie badania krwi, które w przypadkach ropni nerki lub powłok nerkowych wykazuje leukocytozę oraz przesunięcie w lewo obrazu Arnetha. *Edwin Beer* (N. York) omówił działanie różnych drobnoustrojów, wywołujących ropne zapalenie nerek; w większości przypadków miał dobre wyniki przy stosowaniu zabiegów zachowawczych. *Heitz-Boyer* (Paryż) jest również zwolennikiem leczenia zachowawczego i stosuje z powodzeniem między innemi injekcje propidonu i szczepionki, a w przypadkach, gdzie wytworzyło się kilka ropni, stosuje nóż elektryczny i ma dobre wyniki. *Rainoldi* (Rzym) stosuje z powodzeniem autoszczepionki; również *Lepontre* (Francja) jest zwolennikiem szczepionek. *Oekonomos* (Ateny) w przypadkach t. zw. karbunkułu nerki uważa nacięcie krzyżowe połączone z wycięciem nacieczonych tkanek za wystarczające. Swemi spostrzeżeniami, nie różniącemi się zasadniczo od podanych wyżej, dzielili się jeszcze ze słuchaczami: *Fey* (Paryż), *Winstbury* (Anglja), *Philippart* (Belgja), *Lasio* (Italja), *Morson* (Anglja) oraz *Marinescu i Teposu* (Rumunja).

Następny dzień Zjazdu wypełniły odczyty na trzeci temat główny: „O fizjologji i patologji wydzielania nerek". Pierwszy referent *Pisani* (Medjolan) odróżnia ostre i przewlekłe zaburzenia wydzielania nerek, które powstają m. in. wskutek wad rozwojowych, nabytych defektów wszelkiego rodzaju, albo z powodu czynnościowych upośledzeń elementów mięśniowo-nerkowych. Drugi referent *Rubritius* (Wiedeń) przeprowadził razem z *Fuchsem* badania nad fizjologją i odruchami moczowodów i pęcherza. Referent dowiódł np., że podczas skurczu pęcherza ustaje perystaltyka górnych dróg moczowych, i wtedy miedniczka oraz kielichy napełniają się moczem. Regulacja tych czynności między pęcherzem i górnymi drogami moczowemi następuje drogą odruchową. Trzeci referent *Snapper* (Amsterdam) zwrócił w swym odczycie uwagę nietylko na wydzielniczą czynność nerki, ale i na tworzenie się w niej pewnych ciał, np. amonjaku, brak którego w moczniey wywołuje kwasicę. Oprócz tego w nerce odbywają się procesy utleniania, mające duże znaczenie przy niedomodze nerkowej. Dzięki badaniom *Snappera* posunęła się znacznie naprzód nierozstrzygnięta dotychczas sprawa powstawania złogów w ustroju ludzkim. *Snapper* dowiódł mianowicie na zasadzie doświadczeń na szczurach, że zapomocą dodania w pokarmie do witaminy A 3%-wego rozczynu calc. carbon. można wywołać tworzenie się złogu, a przez dodanie 0,1%-wego rozczynu będźwinianu sodu można zapobiec tworzeniu się go. Po odczytaniu referatów odbyła się dyskusja. *Beaufod* (Francja) mówił o działalności nerek u ciężarnych i pokazał zdjęcia pyelograficzne, uwidaczniające wpływ płodu na położenie i wydzielanie nerek. *Oekonomos* (Ateny) na zasadzie prac anatomo - histologicznych dowodzi, że istnieje w górnych drogach moczowych 5 zwieraczy, które działają rytmicznie i pozwalają na okresowe przechodzenie moczu do pęcherza. *Alessandri* (Rzym) wskazuje na większe znaczenie czynnika dynamicznego moczowodu niż mechanicznego przy wydzielaniu moczu. *Chevassu* (Paryż) pokazał zdjęcia z dziedziny uretero-pyelografji, dotyczące przypadków ze zwężeniami moczowodów, wprowadzając specjalny cewnik moczowodowy, hamujący odpływ. *Van den Branden* (Belgja) uważa, że dożylna urografja ze względu na drażniące działanie środków kontrastowych często nie odzwierciadla należycie czynnościowej działalności nerek. *Ringleb* (Berlin) wskazuje na znaczenie widocznych okiem ruchów ujścia moczowo-

dowego. *Legueu i Fey* (Paryż) radzą stosować przy badaniach nerkowych pyeloskopję. *Mingasini* (Rzym) porusza sprawę hormonów przy wydzielaniu nerki. *Takahashi* (Tokio) pokazuje kimograficzne zdjęcia ruchowego aparatu dróg moczowych. *Hryntschak* (Wiedeń) na zasadzie badań przeprowadzonych u zwierząt jest zdania, że nałożony odpowiednią techniką szew na przecięty poprzecznie moczowód powinien również u człowieka dać dobre wyniki. *Wildbolz* (Szwajcarja) uważa, że czynnościowe upośledzenie po doświadczalnem przecięciu moczowodu i nałożeniu następnie szwu nie jest duże. *Heitz-Boyer* (Paryż) zwraca uwagę na konieczność dokonywania czasami zdjęć rentgenowskich i pyelografji w różnych pozycjach, szczególnie w przypadkach opuszczenia nerki. Zabierali jeszcze głos w dyskusji: *Hortholomei* (Rumunja), *Mezö* (Budapeszt) oraz *Paschkis i Blatt* (Wiedeń).

Następne posiedzenie odczytowo-pokazowe odbyło się w szpitalu na oddziale urologicznym przewodniczącego Zjazdu, prof. *Bluma*, na którym wygłosili odczyty na różne tematy, ilustrowane przezroczami i zdjęciami rentgeno-pyelograficznemi: *Goldbergas* (Łotwa): „O powstawaniu złogów w drogach moczowych i ich profilaktyce"; *Hermann* (Wiedeń) „O wadach rozwojowych górnych dróg moczowych u noworodków"; *H. Datyner (Warszawa)* „O t. zw. samowyleczeniu gruźlicy nerki" w związku z obserwowanym i leczonym przez prelegenta przypadkiem wady rozwojowej i gruźlicy nerki. *Behdzet Sabit Erduran* (Turcja) pokazał zdjęcia filmowe z dziedziny urologji chirurgicznej, a *Weiss* (Wiedeń) demonstrował ciekawe preparaty anatomo-patologiczne z oddziału urologicznego. Wreszcie w ostatnim dniu Zjazdu wygłosił odczyt *F. Stobbaerts* (Bruksela) na temat „O rentgeno-kinematografji w urologji". Prelegent pokazał szereg zdjęć uwidaczniających ruchy narządów moczowych podczas ich działalności. Mogliśmy np. doskonale obserwować na zdjęciach akt oddawania moczu i opróżniania się pęcherza i cewki, oraz funkcje górnych dróg moczowych. Wprowadzona przez *Stobbaertsa* metoda stanowi nową zdobycz wiedzy urologicznej i niewątpliwie będzie miała doniosłe znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu wielu przypadków. Po odczycie *Stobbaertsa* odbyły się jeszcze pokazy kinematograficzne z dziedziny urologji chirurgicznej, demonstrowane przez *Heitz-Boyera* (Paryż) i *Lichtensterna* (Wiedeń).

W czasie trwania Zjazdu, przed posiedzeniami naukowemi odbywały się codziennie w godzinach rannych w szpitalach wiedeńskich operacje przeważnie z dziedziny urologji, wykonywane przez chirurgów i urologów wiedeńskich. Również w gmachu obrad Zjazdu czynna była wystawa różnych środków terapeutycznych oraz nowoczesnych aparatów i przyrządów urologicznych.

Po zakończeniu Zjazdu w Wiedniu większość uczestników Zjazdu udała się na zaproszenie Rządu Węgierskiego oraz Towarzystwa Urologicznego w Budapeszcie do stolicy Węgier. Zwiedziliśmy znane źródła lecznicze i wzorowo urządzone zakłady kąpielowe w Budapeszcie (przeważnie dla leczenia schorzeń artretycznych i reumatycznych) oraz obejrzeliśmy m. in. świeżo wybudowaną klinikę urologiczną na 120 łóżek, urządzoną według najnowszych wymagań wiedzy lekarskiej, oprowadzani przez dyrektora tejże, prof. *Illyes'a*.

Następny Zjazd urologiczny ma się odbyć za 3 lata w 1939 r. w Nowym Yorku.

H. Datyner (Warszawa.)

SPRAWOZDANIE.

z IV Ogólnopolskiego Zjazdu do walki z nowotworami. Wilno, 6 — 8 grudnia 1936.

IV Ogólnopolski Zjazd do walki z nowotworami zadokumentował nietylko rozwój polskiej myśli badawczej w dziedzinie onkologji, lecz przedewszystkiem dowiódł, w jak szybkiem tempie postępuje u nas zbliżenie do poziomu nauki światowej. Zarówno pod względem ilości zgłoszonych referatów, jakoteż ich jakości Zjazd wileński stał wysoko. Zgłoszono 63 referaty o charakterze bądź oryginalnym — badawczym, bądź przeglądowo-analitycznym. Oprócz tematów ogólnych poruszono zagadnienia kliniczne i społeczne. Podkreślić należy, że udział przedstawicieli klinik jest stale jeszcze zbyt słaby; hamuje to oczywiście żywszą wymianę myśli i uniemożliwia rzeczową ocenę większości zagadnień leczniczych.

Dr. *Weinert* (Warszawa) w odczycie wygłoszonym w dniu uroczystego otwarcia Zjazdu naszkicował rozwój idei walki z rakiem w Polsce od najdawniejszych czasów aż do doby obecnej. Prawdopodobnie mało znanym jest fakt, że pierwsze przebłyski zainteresowania się losem chorych na raka sięgają u nas epoki Piotra Skargi, i że pod tym względem Polska znacznie wyprzedziła inne państwa europejskie.

Stan organizacji walki z rakiem zagranicą omówiła Dr. *Skokowska - Rudolfowa* (Warszawa).

Biorąc rzecz porównawczo, nasze poczynania w tym kierunku są jeszcze bardzo ubogie, aczkolwiek niewątpliwie rozwijają się pomyślnie. W niedługim czasie ma powstać u nas naczelna organizacja, której zadaniem będzie nietylko centralizowanie obrony interesów tej gałęzi pracy lekarskiej, lecz także nadanie jednolitego kierunku w lecznictwie. Lwowski Instytut Przeciwrakowy, prowadzący prace statystyczne, dąży do objęcia całości materjału nowotworów złośliwych w Polsce. Narazie zestawienia statystyczne, które przedstawił na Zjeździe Dr. *Osuchowski* (Lwów) za rok 1934, są tylko fragmentem, z winy zresztą nienadsyłających sprawozdań szpitali. W roku 1934 zestawiono w Instytucie Lwowskim zaledwie 6.421 przypadków nowotworów złośliwych. Z rozbioru tego materjału wynika: 1) częstsza zachorowalność kobiet (3730) niż mężczyzn (2961), 2) że najczęściej występują nowotwory w wieku między 50 — 54 rokiem życia, 3) że a) u mężczyzn chrześcijan przeważają guzy żołądka i wargi dolnej, b) u mężczyzn żydów guzy żołądka i kiszki grubej, c) u kobiet chrześcijanek nowotwory macicy, zaś d) u żydówek — sutka.

W dziedzinie teoretycznej na czoło wysuwa się zagadnienie genezy nowotworów, zwłaszcza wobec możności ich wywoływania zapomocą zsyntetyzowanych i znanych ze swego wzoru ciał chemicznych *(Kennaway, Cook* — związki chemiczne, zawierające pierścień fenantrenowy). Doc. Dr. *Kowalczykowa* (Kraków) użyła do swych doświadczeń benzopyrenu, który został wytworzony przez Prof. *Supniewskiego* w Zakładzie Farmakologji U. J. Szczurom zastrzykiwano podskórnie i domięśniowo 1‰ roztwór benzopyrenu w oliwie. Mimo minimalnej ilości tak wprowadzonego związku (dawka całkowita od 1,6 mg. do 4.0 mg.) powstawały po 1,5 — 2-ch miesiącach u większości zwierząt wrzecionowato- i różnokomórkowe mięsaki, wytwarzające przerzuty i dające się przeszczepiać. Nawiązując do tych wyników Doc. Dr. *Marburg* (Wilno) zademonstrował preparat makroskopowy szczura, u którego w związku z karmieniem amidoazotoluolem powstał mięsak wrzecionowato-komórkowy wątroby. Oczywiście jeden tylko przypadek niema w sobie siły dowodowej. Gdyby jednak fakt ten został potwierdzony, byłoby to niezmiernie interesujące zjawisko wywołania nowotworu na drodze wprowadzania dojelitowo ciał chemicznych. W genezie nowotworów według wielu badaczy dużą rolę odgrywa ogólna dyspozycja ustroju, dla której wyrazu doszukiwano się przedewszystkiem w alkalozie krwi *(Reding,* u nas *Oszacki).* Na drodze skojarzonych badań fizykalno - chemicznych i morfologicznych Doc. Dr. *Kowalczykowej* udało się stwierdzić, że tak pojęta dyspozycja ustroju wogóle nie istnieje. Ani bowiem u królików z nowotworami, powstającymi w 6 lat po przerwaniu smołowania, ani też u królików w początkowym okresie powstawania nowotworów smołowych nie zaznacza się alkaloza krwi; alkaloza zatem nie może być uważana za nieodzowny warunek zjawiania się nowotworów smołowych. Powstawanie tych nowotworów w miejscach odległych poza terenem pędzlowanym smołą, tłumaczyć można drażniącym wpływem smoły, wydzielanej przez skórę. Autorka odrzuca koncepcję humoralną, ogólnoustrojowej dyspozycji nowotworowej, natomiast wypowiada się za istnieniem miejscowej dyspozycji tkankowej.

Dział serologji i biologji był bogato reprezentowany na Zjeździe. Prof. *Hirszfeld* (Warszawa), w głęboko pod względem syntetycznym ujętym odczycie, omówił sprawę teoretycznych podstaw sero-djagnostyki nowotworów. Główne ogniwa rozważań prelegenta były następujące: 1) w ustroju mogą powstać ciała odpornościowe dla tkanek własnych z tym jednak warunkiem, że antygeny muszą być krwiobiegowo obce, 2) tkanka nowotworowa zawiera antygeny swoiste, które zresztą są bardzo podobne do antygenów zawartych w leukocytach i masach serowatych gruźliczych (badania *Dmochowskiego* z Warszawy). Jak z tego wynika, istnieją teoretyczne podstawy sero - djagnostyki raka. Można odróżnić trzy typy odczynów, wykonywanych w nowotworach: 1. typ polega na wykrywaniu w surowicy nowotworowej reaginów, których nie zawiera surowica normalna (odchylenie dopełniacza, lub odczyny kłaczkujące z wyciągami nowotworowemi); 2. typ oparty jest na zasadzie wręcz odwrotnej, a mianowicie na wykrywaniu w surowicy rakowej braku pewnych ciał, istniejących w surowicy normalnej (odczyn Freunda i Kaminera, Fuchsa), w końcu trzeci typ określa jedynie chwiejność globulinową surowic, posługując się ciałami, które nie strącają surowic normalnych, natomiast strącają nowotworowe. Ostatni typ odczynów nie leży w płaszczyźnie procesów odpornościowych. Prelegent wyjaśnia, jakie są przyczyny nieswoistości wyników, przyczem wypowiada przypuszczenie, iż odczyny z wyciągami nowotworowymi są natury raczej immunobiologicznej i to swoistej.

Wprost przeciwne stanowisko zajął Dr. *Zakrzewski* (Warszawa). Na podstawie danych z piśmiennictwa i własnych doświadczeń stwierdza, że objawy odporności spotkać można u zwierząt szczepionych tkanką nowotworową. Odporność ta jednak skierowana jest nie przeciwko tkance no-

wotworowej, jako takiej, lecz przeciw każdej obcej tkance bez względu na to, czy ona ma charakter normalny, czy nowotworowy. Nikt nie udowodnił w nowotworach samoistnych istnienia mechanizmów, zapomocą których chory ustrój mógłby niszczyć tkankę guza. Zdaniem autora ustrój przeciwnie otacza nawet pewną opieką komórki nowotworowe. Termin „odporność przeciwko nowotworom” należałoby skreślić ze słownictwa lekarskiego, albowiem nie posiada on racji bytu, a ponadto kieruje myśl badacza na błędne tory.

Sprawa podstaw teoretycznych odczynu Freunda, którego założeniem jest istnienie w surowicy normalnej czynników rozpuszczających komórki nowotworowe, była przedmiotem doniesienia Dr. *Prószczyńskiego* i Dr. *Zakrzewskiego* (Warszawa). Autorzy stwierdzili, że żywe komórki nowotworowe nie ulegają rozpuszczeniu w surowicy zdrowych osobników. Surowica taka rozpuszcza tylko silnie uszkodzone komórki. Wyniki te podważaję teorję Freunda i Kaminera.

Dr. *Płońskier* (Warszawa) stwierdził na dużym materjale klinicznym, że w 90% przypadków odczyn Freunda i Kaminera wypada dodatnio. Wyniki te są tylko pozornie sprzeczne z badaniami *Prószczyńskiego i Zakrzewskiego*, gdyż *Płońskier* używał przy wykonywaniu odczynu zawiesiny nieżywych i uszkodzonych komórek rakowych.

Na podkreślenie zasługuje praca *Wilnera i Zakrzewskiego* (Warszawa), w której sprawdzony został podany przez *Besredkę i Grossa* sposób uodparniania myszy przeciw przeszczepialnym nowotworom przez doskórne szczepienia małych ilości zawiesiny komórek nowotworowych. Mimo licznych prób i stosowania skrajnie małych dawek szczepiennych autorzy w żadnym przypadku nie widzieli cofania się wśródskórnie rozwijających się nowotworów. Autorzy zatem nie mogą potwierdzić teorji *Besredki i Grossa*, jakoby skóra miała decydujące znaczenie w sprawach odporności przeciw nowotworom.

Dr. *Płońskier* (Warszawa) stwierdził, że ani naświetlanie promieniami Röntgena, ani wycięcie śledziony i kastracja nie umożliwiają przyjęcia się i dalszego rozwoju ludzkich nowotworów przeszczepionych na zwierzęta. Wyjątkiem w jego doświadczeniach był tylko przypadek melanosarcomatu, który przeszczepiony u 30 szczurów wywołał u 4-ch powstanie nowotworu o odmiennym jednak utkaniu. Znany jest powszechnie fakt, że u niektórych zwierząt (głównie kury) z nadzwyczajną łatwością udaje się przeszczepiać nowotwory na drodze bezkomórkowej.

Zakrzewskiemu udało się wywołać guzy u myszy i szczurów przez wszczepienie im pod skórę miazgi zarodków lub noworodków, pochodzących od samic szczepionych nowotworami. W przeciwieństwie bezowocne były próby przekształcania normalnych komórek w hodowli poza ustrojem na komórki nowotworowe zapomocą dodawania przesączów z tkanki nowotworowej, a następnie surowic i osocza, pochodzących od zwierząt szczepionych nowotworami. W dalszych swych badaniach *Zakrzewski* przeszczepiał zwierzętom w odległe od rozwijającego się nowotworu miejsca tkankę zarodkową, którą po 10 dniach usuwał i przeszczepiał normalnym zwierzętom; u zwierząt tych powstawały nowotwory. Przytoczone wyniki doświadczeń nie dowodzą wprawdzie istnienia pozakomórkowego czynnika blastomatycznego, jednakowoż wskazują wyraźnie na taką możliwość. Nie jest wyłączone, że podobnie jak u kur istnieje i u ssaków bezkomórkowy czynnik blastomatyczny, jest on jednak nadzwyczaj nietrwały i łatwo ulega zniszczeniu w warunkach doświadczalnych.

Obrady sekcji anatomo - patologicznej rozpoczęte zostały odczytem Prof. D-ra *Opoczyńskiego* (Wilno) o zmianach mikroskopowych w skórze u zwierząt pod wpływem smołowania. Dr. *Penecke* (Cieszyn) omówił sprawę raka oskrzelowego i na podstawie szeregu danych statystycznych stwierdził wzrost tego cierpienia na Śląsku Cieszyńskim. Dr. *Manteuffel* i Dr. *Laskowski* (Warszawa) omówili stronę morfologiczną i kliniczną osobliwych nowotworów skórnych, zw. przez nich kłębczakami (tumor glomicus, glomangioma). Kłębczaki skóry (opisane po raz pierwszy przez *Massona)* są małymi guzkami, występującymi pojedyńczo najczęściej pod paznokciem lub też rzadziej w skórze kończyn; zbudowane są one ze szczególnej tkanki naczyniowej, dla której odpowiednikiem są tak zwane kłębki skórne (glomus cutaneum) t. j. pewne organoidy wstawione na drodze bezpośrednich połączeń między tętnicami i żyłami. Z interesujących cech klinicznych tych nowotworów można wymienić: żywa bolesność dotykowa, zjawienie się napadowych bólów i czasami występowanie podwyższonej ciepłoty ciała w odcinku zajętym przez nowotwór. Wśród 5-ciu demonstrowanych przez siebie własnych przypadków, przedstawiających różne odmiany tego nowotworu (typ obrzękowy, jamisty, nerwowy i mięśniowy), autorzy podkreślają istnienie wyodrębnionej przez siebie złośliwej postaci, nieznanej do tej pory w piśmiennictwie.

Dr. *Laskowski* (Warszawa) zanalizował budowę mikroskopową i wyjaśnił histogenezę wyodrębnionej przez siebie postaci raka płaskonabłonkowego, którego osobliwością jest występowanie komórek śluzowych i mukoglikogenowych.

Jednocześnie w bogato ilustrowanym pokazie omówił współzależność pomiędzy budową histologiczną i różnemi postaciami raków skóry.

Na podstawie badań hodowli tkanek w specjalnych warunkach, mianowicie w warunkach zahamowania wzrostu komórkowego, Dr. *Zakrzewski* stwierdził, iż komórki nowotworowe i normalne zachowują się odmiennie: podczas gdy składniki normalne stale różnicują się, objaw ten niewidoczny jest w komórkach nowotworowych. Autor dopatruje się zasadniczej różnicy między tkanką normalną i nowotworową w tem, że elementy nowotworowe nie posiadają zdolności różnicowania się.

W przeciwieństwie do działu teoretycznego, klinika nowotworów było stosunkowo słabo reprezentowana. Poważnym brakiem jest wygłaszanie referatów o fragmentarycznym zakresie bez możności zestawiania porównawczego ich ze sobą i przeprowadzania oceny jednego i tego samego zagadnienia z różnych punktów widzenia (np. zagadnienie leczenia raka sutka). Poza odczytami natury ogólnej, dotyczącemi chemo- i organoterapji raka (Dr. *Floksztrumpf)*, następnie leczenia dietetycznego (Dr. *Marzyński* — Łódź) i stosowania środków przeciwbólowych, głównym tematem obrad klinicznych był rak sutka i jego leczenie. Interesujące zestawienie materjału Kliniki Chirurgicznej U. S. B. przedstawił Prof. Dr. *Michejda* (164 przypadki). Dla ilustracji stosunków panujących w tej części kraju, wystarczy przytoczyć następujące dane: 1) połowa chorych zwlekała ze zgłoszeniem się do leczenia mimo zauważenia zmiany chorobowej od 1 — 6 miesięcy, u połowy zaś chorych okres ten był jeszcze większy (nieraz powyżej 2-ch lat), 2) przypadki były przeważnie w swym rozwoju zaawansowane, tak np. w 124 przypadkach na 164 stwierdzono bardzo duże guzy i powiększenie gruczołów pachowych, zaś u 106 chorych zrost ze skórą i nawet występowanie rozległych owrzodzeń (20 przypadków). Curiosum swego rodzaju jest przytoczony przez prelegenta fakt przebycia przez jednego chorego pieszo 300 klm.!

W referacie o leczeniu raka sutka Dr. *Bylina* (Poznań) na podstawie własnego doświadczenia (8 przypadków) wypowiedział się przeciwko stosowaniu radjopunktury, następnie omówił niedomagania naszej rentgenoterapji na prowincji i podkreślił konieczność istnienia przy klinice pracowni histopatologicznych.

Dr. *Laskowski* (Warszawa) przedstawił sprawę przechodzenia torbielowatego zwyrodnienia sutka w procesy rakowe. Prelegent zaproponował następujący podział tego cierpienia: I okres stadium cystoplasiae, II okres — stadium adenoplasiae, III okres — stadium epithelioplasiae. Dla zrozumienia istoty tego cierpienia podział na okresy jest rzeczą konieczną; nie można bowiem z reguły uważać torbielowatego zwyrodnienia sutka, bez uwzględnienia poszczególnych okresów rozwojowych, za zmianę przedrakową. Wprawdzie potencjalnie w każdym z okresów drzemie możliwość złośliwego przekształcenia, jednakowoż dopiero w III jest ona bliska realizacji. Dla uwypuklenia tych stanów grożących należałoby stworzyć odpowiednią terminologję, którąby umożliwiała łatwe porozumienie się z chirurgiem. Możnaby zatem wprowadzić wyżej wspomniany podział na okresy, albo używać w przypadkach grożącego niebezpieczeństwa krótkiego określenia „casus limitans". Zdaniem autora najsłuszniejsze postępowanie w przypadkach pogranicznych jest nieradykalne usunięcie gruczołu piersiowego i następnie dokładne zbadanie chorej tkanki, aby w razie niewątpliwego stwierdzenia przejścia w raka uzupełnić zabieg chirurgiczny.

Dr. *Łukaszczyk* (Warszawa) zajął się sprawą skuteczności różnych metod leczniczych raka sutka, zestawiając jednocześnie w sposób bardzo krytyczny duży materjał statystyczny, zaczerpnięty z piśmiennictwa. Autor omówił promienioczułość raków sutka. Wprawdzie jest ona niejednakowa, lecz naogół wystarczająca do uzyskania efektu miejscowego w wypadku, o ile guzy nie są zbyt wielkie i niema wyniszczenia ogólnego. Radioterapja, jako metoda pomocnicza w leczeniu chirurgicznem, zgodnie z opinją przeważającej ilości autorów, znacznie poprawia wyniki leczenia operacyjnego, jednakże tylko w dalszych stopniach choroby; w zupełnie wczesnych przypadkach naświetlania nie podnoszą odsetków wyleczeń chirurgicznych. Stosowane techniki są bardzo różne, niektóre nie mają uzasadnienia i mogą dać wyniki raczej niekorzystne. Z kolei prelegent omawia zastosowanie radioterapji w przypadkach nieoperacyjnych w nawrotach i przerzutach, zwłaszcza do kości, w których radioterapja może dać wyniki bardzo poważne i dość długotrwałe. W końcu zastanawia się, czy radioterapja nie ma szans zastąpienia w części lub w całości leczenia operacyjnego, którego skuteczność, zwłaszcza w dalszych stopniach rozwoju choroby, jest problematyczna. Omawiając dotychczasowe doniesienia sądzi, że dalsze metodyczne próby w kierunku oceny wartości radioterapji w Zakładach należycie przygotowanych są zupełnie usprawiedliwione.

W dziale ginekologji na uwagę zasługują doświadczenia Doc. D-ra *Zaleskiego* (Wilno) nad powstawaniem adenomyosis. Przeszczepianie rogu

macicy królika do uszu tych zwierząt, a następnie drażnienie przeszczepu nalewką jodową, lub pobudzanie follikuliną i promieniami Röntgena wywołuje powstawanie obrazów podobnych do adenomyosis. W wynikach swych widzi autor potwierdzenie poglądu, iż zmiana biologiczna mięśnia macicznego w sensie zmniejszenia zdolności jego odpornościowej, może być warunkiem penetracji nabłonka śluzówki wgłąb podłoża i sprzyjać powstawaniu ognisk adenomyosis uteri interna.

Olbrzymi materjał ginekologiczny Instytutu Radowego im. Skłodowskiej-Curie zestawiony został przez Dr. *Noblinównę* (Warszawa), która dzieląc go na grupy w zależności od wieku, stopnia rozwoju sprawy chorobowej oraz długości czasokresu między wystąpieniem pierwszych objawów choroby, a zgłoszeniem się chorej do lekarza, podkreśla następujące charakterystyczne momenty: 1) rak szyjki macicy atakuje najczęściej kobiety między 40 — 50 rokiem życia, 2) najwięcej chorych, bo aż przeszło 70%, zgłosiło się w stanie daleko posuniętej sprawy chorobowej i to zwykle po upływie 4 — 6 miesięcy od chwili zauważenia objawów chorobowych. Z zestawienia materjału Kliniki Ginek. Wileńskiej, podanego przez Dr. *Ryll-Nardzewską* wynika, iż trwałe wyleczenie w raku trzonu macicy uzyskano w 33%, w raku zaś części pochwowej w 19%. Dr. *Szabunia* (Warszawa) omawiając radioterapję raków pochwy stwierdził, iż rokowanie w tem cierpieniu jest bezwzględnie złe, jednakowoż, jak to wynika z piśmiennictwa i obserwacji 18 przypadków leczonych w Instytucie Radowym w Warszawie, radioterapja daje wyniki nieco lepsze niż chirurgja.

Na zakończenie dodać należy, iż na Zjazd przyjechał Prof. *Auler* z Berlina, który wygłosił odczyt pod tytułem: „Znaczenie regulatorów dla powstawania i wzrostu nowotworów złośliwych".

Posiedzenia odbywały się w pięknie urządzonej sali wykładowej Anatomji Opisowej. Większość odczytów była ilustrowana dobrze wykonanemi zdjęciami fotograficznemi i mikrofotografjami.

J. Laskowski (Warszawa)

Sprawozdanie.

z Posiedzenia Tow. Chirurgicznego Warszawskiego w Szpitalu na Czystem dnia 16.XI. 1936 r.

Dr. St. Rechniowski (Piotrków) przedstawił *przypadek torbieli moczownika*. Chory, mężczyzna, l. 28, zgłasza się do Szpitala Ś. Trójcy w Piotrkowie spowodu krwiomoczu, bólów i częstego oddawania moczu. Urodził się z dużym brzuchem, rodzice sądzili, że nie pożyje długo, chirurg orzekł, że dziecko ma wodę w brzuchu. Do 5-go roku życia rozwijał się bardzo źle; w tym czasie ojciec chorego przekłuł dziecku pępek, wylało się sporo płynu, poczem nastąpiła poprawa, chłopiec zaczął się szybko rozwijać i był zdrów, tak iż w wieku poborowym został wzięty do wojska, odbył służbę, a potem ćwiczenia dla rezerwistów.

Obecna choroba wystąpiła po zaziębieniu; przez 3 miesiące trwały bóle, krwiomocz i częste oddawanie moczu, następnie zaczęła odchodzić przez cewkę ropa, potem znów krew i nastąpiła pewna poprawa. Przy badaniu brzucha wyczuwa się twór, ułożony podłużnie od pępka do spojenia łonowego, nieco ruchomy. Pęcherz wykazuje tolerancję (zatrzymuje 300 cm^3 płynu), wziernikowanie — prawidłowy obraz śluzówki, na szczycie pęcherza blizna, otoczona rąbkiem przekrwionej śluzówki. Rozpoznanie: torbiel moczownika.

Operacja: po otwarciu jamy brzusznej znaleziono guz, zrośnięty z siecią; po uwolnieniu zrostów z siecią i żołądkiem wyłoniono guz, uszypułowany na wierzchołku pęcherza moczowego, i usunięto torbiel w całości.



Torbiele moczownika widujemy rzadko: zestawienie z Zbl. f. Urologie z r. 1931 podaje 85 przypadków ,zebranych z piśmiennictwa. Przebieg pooperacyjny w przedstawionym przypadku był gładki: chory wyzdrowiał.

Dr. Kohan: Dalszy ciąg *operacji wytwórczej przełyku* (I akt operacji został przedstawiony na poprzedniem posiedzeniu). Z typowego cięcia po lewej stronie szyi odsłonięto i wyosobniono przełyk, poczem przecięto go; dolny kikut zeszyto szwem kapciuchowym i przyszyto do mięśnia

m. sutkowo-obojczykowego, górny wszyto do rany skórnej. Nastąpiła zgorzel wyosobnionej części przełyku i zapalenie ropne śródpiersia i opłucnej (wycięcie żebra i torakotomja — dren). Mimo to ogólny stan chorej jest niezły. Zastanawiając się nad przyczynami niepowodzenia, referent dochodzi do wniosku, że w przedstawionym przypadku przyczyną zgorzeli były zmiany w przełyku powstałe w następstwie oparzenia: podczas operacji stwierdzono na błonie śluzowej górnego odcinka przełyku szereg blizn po oparzeniu; bliznowate zmiany przełyku spowodowały jego gorsze ukrwienie, a po operacji zgorzel.

W dyskusji *Sokołowski* zapytuje referenta, dlaczego zaszył szczelnie dolny kikut przełyku pomimo niedrożności odcinka piersiowego. Ref. odpowiada, iż można liczyć na odpływ wydzieliny przez pozostały wąski kanał; kikut przełyku ref. zaszył szczelnie, żeby zabezpieczyć śródpiersie od infekcji.

Dr. Kohan: Przypadek łagodzącego wycięcia żołądka spowodu owrzodzenia dwunastnicy (naciek zapalny i zrosty z trzustką). Stan chorego uległ po operacji znacznej poprawie, bóle ustąpiły całkowicie.

Dr. Kohan: Przypadek ulcus perforatum ventriculi: dążenie do usunięcia wrzodu jest dążeniem do usunięcia źródła infekcji; ref. robi resekcję przed upływem 6 godzin od przedziurawienia, po tym terminie, jak w przedstawionym przypadku, stosuje plastyczne zeszycie wrzodu, nie upośledzające drożności.

W dyskusji *Rechniowski* wyraża wątpliwość, czy możliwe jest zeszycie wrzodu, szczególnie dwunastnicy, w przypadkach nacieku zapalnego. Ref. odpowiada, że w tych razach należy uruchomić dwunastnicę.

Dr. Kohan: Przypadek nowotworu esicy: Chora l. 55, operacja drogą krzyżową. Po otwarciu uchyłka otrzewnej (Douglasa) wyciągnięto esicę wraz z guzem, przecięto ją poniżej guza na pograniczu prostnicy i zespolono powyżej guza z prostnicą (bok esicy do końca prostnicy), wyciągnąwszy uprzednio odcinek esicy wraz z guzem nazewnątrz, przez ranę operacyjną. Obecnie, po odcięciu esicy z guzem na poziomie rany, pozostała jeszcze przetoka, dająca się zamykać gumową pelotą dla umożliwienia defekacji drogą naturalną (przez zespolenie). Badanie anatomopatologiczne wykazało w tym przypadku melanosarcoma. Na 120 przypadków raka dolnego odcinka grubego jelita przypada jeden przypadek, mięsaka, najczęściej właśnie mięsaka czerniaczkowego.

Dr. Kohan: Przypadek megasigma z okresowemi niedowładami, stanami gorączkowemi i krwawemi stolcami. Wycięcie esicy: na preparacie widać dużą ścieńczałą pętlę, a w obrębie błony śluzowej owrzodzenie (nieżyt wrzodziejący).

Dr. Szenkier: Przypadek skrzyżowanego przemieszczenia nerki: chory, mężczyzna, l. 28, był operowany (appendectomia) spowodu bólów w prawym dole biodrowym. Od 3 miesięcy krwiomocz; w miejscu blizny operacyjnej wyczuwa się miękkawy, elastyczny twór. Wziernikowanie pęcherza: ujścia moczowodów położone prawidłowo, nerka lewa czynnościowo upośledzona, urografja dożylna wykazuje miedniczkę tylko po stronie prawej; natomiast pyelografja wstępująca nerki lewej (przez cewnik moczowodowy, wprowadzony do moczowodu przez lewe ujście moczowodowe) wykazuje wodonercze lewej nerki, przemieszczonej do okolicy prawego dołu biodrowego. Jest to przypadek wrodzonej wady rozwojowej nerki (gekreuzte Nierenektopie niem. autorów). Rys. p. „Skrzynka świetlna".

Dr. Szenkier: Przypadek kamicy nerkowej: duże kamienie, uwięźnięte w dolnym odcinku prawego moczowodu z roponerczem i znacznem rozszerzeniem moczowodu; stosunki, przedstawione na zdjęciu rentgenowskiem, dały się uwidocznić dopiero zapomocą pyelografji wstępującej. rys. p. „Skrzynka świetlna".

Dr. Szper: Przypadek zgorzeli samoistnej kończyn dolnych leczony wycięciem nadnercza lewego. Przed 9 laty sympatektomja, która dała długotrwałą poprawę. Po obecnej operacji na razie miejscowo poprawa, jednak po 2 tygodniach obraz, jak przed operacją.

W dyskusji zabrał głos *W. Ostrowski* w sprawie mianownictwa i techniki: uważa, że lepszy dostęp do nadnercza daje droga przez jamę brzuszną.

Dr. Szper :2 przypadki bezmoczu.

Dr. Goldberg: Przypadek, operowany spowodu *zadzierzgnięcia jelita.*

Dr. Pomper: Przypadek *raka wodnego* twarzy.

Dr. Lewinson: Przypadki *urologiczne.*

T. Sokołowski.

KRONIKA

Konkurs

Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego.

Pragnąc przyczynić się do rozwoju chirurgji polskiej, Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie ogłasza konkurs na pracę z zakresu chirurgji.

WARUNKI KONKURSU.

Do Konkursu mogą stawać wszyscy chirurdzy, obywatele polscy.

Prace powinny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane i oparte na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniu. Tematem pracy mogą być zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak również lecznictwo chirurgiczne oraz doświadczenia na zwierzętach, wiążące się z zagadnieniem chirurgicznym.

W nawiązaniu do prac wcześniejszych, zgłaszane na Konkurs prace powinny obok piśmiennictwa obcego uwzględniać w pierwszym rzędzie odnośne piśmiennictwo rodzime. Rękopisy, odbite na maszynie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i interlinji, muszą odpowiadać warunkom dobrego stylu i pisowni oraz uwzględniać polskie mianownictwo lekarskie. Prace konkursowe, podpisane obranym przez autora godłem, powinny być nadesłane w dwu egzemplarzach najpóźniej do dnia 1 grudnia 1937 roku, do Zarządu Tow. Ch. Warsz. na ręce Dr. A. Ambrożewicza, Warszawa, ul. Piusa XI 29. Do pracy należy dołączyć zamkniętą kopertę, zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora.

Do oceny nadesłanych prac powołany będzie przez Zarząd Tow. Ch. Warsz. Sąd Konkursowy.

Nagroda za przyjętą przez Sąd Konkursowy pracę wynosi **600 zł.**, i może być podzielona według uznania Sądu.

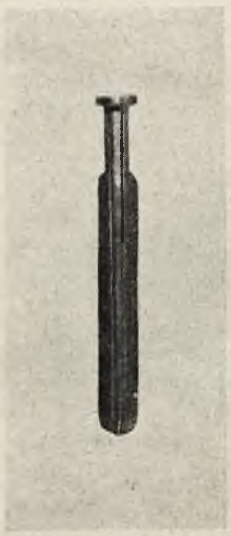
Prace nagrodzone stają się własnością Tow. Ch. Warsz. i będą oddane do druku z zaznaczeniem, że praca została odznaczona na Konkursie Towarzystwa. Zarząd Tow. Ch. Warsz. zastrzega sobie prawo przeznaczenia do druku w Pol. Przeglądzie Chirurg. niektórych prac z pośród nienagrodzonych na Konkursie.

W razie nieprzyznania przez Sąd Konkursowy nagrody żadnej z nadesłanych prac z powodu zbyt niskiego poziomu naukowego, lub niewypełnienia wymienionych warunków, Tow. Ch. Warsz. zastrzega sobie prawo ogłoszenia ponownego Konkursu.

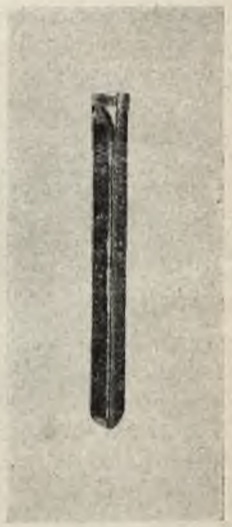
Dr. A. Ambrożewicz m. p.

Do artykułu — Technika zespolenia złamań szyi kości udowej, gwoździem Smith - Petersena w Nr. 2 „Chirurga Polskiego".

Uzupełniając opis odmian gwoździa S. P. w wymienionym artykule, nadmieniam, że podobną do rys. 5 modyfikację, umożliwiającą wbijanie



Gwóźdź S. P. w modyfikacji dra Kuglera.



Gwóźdź S. P. w mojej modyfikacji.

gwoździa S. P. wzdłuż gwoździa Steinmanna, podał Dr. *A. Kugler* na Zjeździe Tow. Ortop. i Traumat. w marcu 1936.

T. Sokołowski.

CHIRURG POLSKI

ROK I. WARSZAWA, 15 GRUDNIA 1936 R. NR. 3

TREŚĆ ROCZNIKA I (ZESZYTY 1 — 3).

PRACE ORYGINALNE.

TECHNIKA OPERACYJNA.

STRESZCZENIA.

ZJAZDY I POSIEDZENIA.

ALFABETYCZNY SKOROWIDZ TREŚCI.

(Prace oryginalne drukowane kursywą).

Regulamin ogłaszania prac:

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinji i marginesu po lewej stronie druku.*

2. *Do prac należy dołączyć streszczenia, w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim, lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*

3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów, cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*

4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografje, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. 100 zł., ½ str. 50 zł., ¼ str. 25 zł. Wkładki, za każde 500 szt. 50 zł., ogłoszenia stałe o 10% taniej.

ZAKŁADY GRAFICZNE
„DRUKPRASA"
N.-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.